

**DESCRIPCION DE ALTERACIONES DE LA MUCOSA  
BUCAL Y MODALIDAD DE CONSUMO DEL TABAQUISMO  
EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA.  
2006-2007**



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA  
Santa Marta, D.T.C.H. (Colombia)  
2008

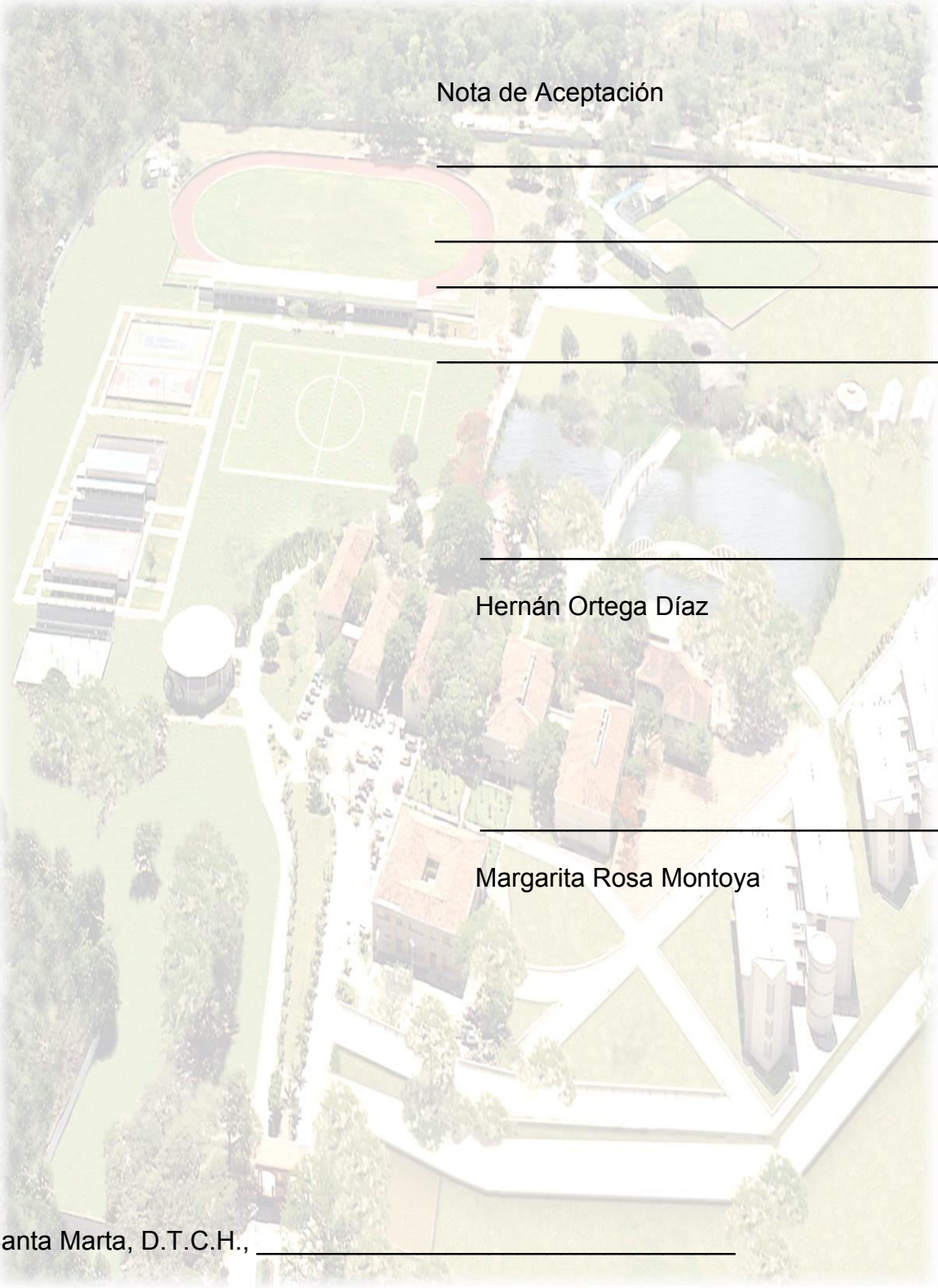
**DESCRIPCION DE ALTERACIONES DE LA MUCOSA  
BUCAL Y MODALIDAD DE CONSUMO DEL TABAQUISMO  
EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
2006-2007**

Doris Díaz Carrascal  
Adriana Gómez Prada  
Trabajo de grado para optar el título de  
Odontólogo

Asesora Científica  
Sandra M. Espitia Nieto  
Odontóloga  
Estomatóloga y cirujana oral

Asesora Metodológica  
Carmen del Rosario Arrieta Moròn  
Magister en Educación  
Especialista en Módulos y diseño de Investigación

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA  
Santa Marta, D.T.C.H. (Colombia)  
2008



Nota de Aceptación

---

---

---

---

Hernán Ortega Díaz

---

Margarita Rosa Montoya

---

Santa Marta, D.T.C.H.,

---

## DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos  
por su amorosa paciencia  
y dedicación.

## **AGRADACIMIENTOS**

A la Doctora Sandra Espitia Nieto, estomatóloga y cirujana oral, de la Facultad de Ciencias de la Salud, del programa de Odontología de la Universidad del Magdalena, asesora científica, por su paciencia y orientación. Por su singular fuerza al dirigir nuestros pasos al conocimiento y compartir con nosotras sus experiencias en trabajos clínicos.

A la Doctora Carmen del rosario Arrieta Morón, magister en educación, especialista en módulos y diseños de investigación, de la Facultad Ciencias de la Salud, del programa de Odontología de la Universidad del Magdalena, por su asistencia en los procesos metodológicos, e investigativos.

A la Doctora María del Carmen Jiménez Malagón, Especialista en estomatología y cirugía oral, de la Facultad de ciencias de la Salud, del programa de Odontología, de la Universidad de Cartagena, por compartir sus experiencias en trabajos investigativos.

Lidice Alvares, Coordinadora del centro de investigación de Salud Publica de la Universidad del Magdalena, le agradecemos su colaboración en los procesos investigativos que hicieron parte de este proyecto, abriendo nuestros conceptos a nuevas perspectivas científicas.

A la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, que nos permitió la realización de nuestra investigación en sus instalaciones.

A la Universidad del Magdalena, por ser nuestra fuente de conocimiento, y por creer que el magdalena es necesario generar nuevas bases de aprendizaje, que ayuden a la comunidad, y por su constante actualización dirigiéndose cada vez hacer una institución de primer nivel.

A nuestras familias y amigos, que siempre estuvieron allí, brindando el apoyo que necesitábamos, por acompañarnos durante este tiempo, gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Glosario</b>	
<b>RESUMEN</b>	13
<b>INTRODUCCION</b>	15
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	18
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	18
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	21
<b>2. OBJETIVOS</b>	22
2.1. General	22
2.2 Específicos	22
<b>3. JUSTIFICACION</b>	24
<b>4. MARCO REFERENCIAL</b>	27
4.1. Antecedentes Nacionales y Extranjeros	27
<b>4.2. Marco Teórico y Conceptual</b>	32
<b>4.2.1. Generalidades de la Mucosa Bucal</b>	32
<b>4.2.2. Manifestaciones bucales por el hábito de fumar</b>	33
4.2.3 Lesiones elementales por el hábito de fumar en cavidad oral	42
<b>4.2.3.1 Lesiones elementales primarias</b>	43
4.2.3.1.1. Mancha por cigarrillo y/o tabaco	43
4.2.3.1.2 Queratosis o placa	43
4.2.3.1.3 Pápula	43
4.2.3.1.4 Nódulo	44
4.2.3.1.5 Verrugosidad	44
4.2.3.1.6 Tumor	44
<b>4.2.3.2 Lesiones secundarias</b>	44
4.2.3.2.1 Erosión o exulceración	44
4.2.3.2.2 Ulcera	45
<b>5. METODOLOGIA</b>	46

5.1. TIPO DE INVESTIGACION.....	46
5.2. <b>POBLACION Y MUESTREO</b> .....	46
5.2.1 Población.....	46
5.3 VARIABLES .....	47
5.4 PROCEDIMIENTO .....	49
5.4.1 Fuentes de recolección de la información.....	49
<b>6. ANALISIS Y RESULTADOS</b> .....	53
<b>6.1. Características de La muestra</b> .....	53
6.2. Frecuencia de lesiones elementales orales .....	55
6.2.1 Según el tipo de consumo del tabaquismo .....	55
6.3 Edad de los pacientes fumadores .....	56
6.4. Procedencia .....	58
6.4.1 La procedencia según la modalidad de consumo .....	60
6.5 Ocupación de pacientes fumadores.....	60
6.6. Tiempo de Consumo de cigarro y/o tabaco.....	62
6.7. Número de cigarrillos por día.....	64
<b>6.7.1 Distribución del numero de cigarrillos consumidos por día</b> .....	64
<b>6.7.2. Tiempo de Abandono del Hábito en ex fumadores</b> .....	66
<b>6.8 Localización anatómica de las lesiones orales según el tipo de fumador</b> .....	67
<b>6.9 Descripción de Lesiones orales</b> .....	69
<b>6.10 Distribución de lesiones elementales orales anatómica</b> .....	71
<b>6.11 Lesión oral según el tiempo de consumo</b> .....	76
<b>7. DISCUSION</b> .....	83
<b>8. CONCLUSIONES</b> .....	88
Bibliografía	
Anexos	





## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Prevalencia de fumadores: según el tipo de hábito y género .....	54
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de lesiones orales según el tipo de hábito. ....	55
<b>Tabla 3.</b> Frecuencia de fumadores: según el rango de edades.....	57
<b>Tabla 4.</b> Frecuencia en la procedencia de pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género. ....	59
<b>Tabla 5.</b> Frecuencia de ocupaciones laborales de los pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género.....	61
<b>Tabla 6.</b> Frecuencia en el tiempo de consumo en años en pacientes fumadores: Según el tipo de hábito .....	62
<b>Tabla 7.</b> Frecuencia de números de cigarrillos por día en pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género .....	65
<b>Tabla 8.</b> Tiempo de abandono del cigarrillo y/o tabaco ex fumadores.....	66
<b>Tabla 9.</b> Frecuencia de lesiones elementales de acuerdo a la localización anatómica .....	68
<b>Tabla 10.</b> Prevalencia de lesiones elementales según el tipo de consumo y género .....	70
<b>Tabla 11.</b> Distribución de lesiones elementales primarias y/o secundarias en cavidad oral por el hábito de fumar.....	73
<b>Tabla 12.</b> Prevalencia de lesiones elementales orales según el tiempo de consumo en años.....	77
<b>Tabla 13.</b> Frecuencia en la impresión diagnóstica de pacientes fumadores. ....	81

## LISTA DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> Distribución del tabaquismo: según el tipo de hábito y género. ....	54
<b>Ilustración 2.</b> Porcentaje de fumadores: según la edad y el tipo de consumo.....	57
<b>Ilustración 3.</b> Porcentaje de ex fumadores según el rango de edades.....	58
<b>Ilustración 4.</b> Porcentajes de pacientes fumadores según el tiempo de consumo .....	63
<b>Ilustración 5.</b> Porcentaje en el número de cigarrillos consumidos por día: según el tipo de consumo y género.....	65
<b>Ilustración 6.</b> Porcentaje de lesiones orales de acuerdo a la localización anatómica: según el tipo de hábito .....	68
<b>Ilustración 7.</b> Porcentaje de lesiones elementales: según el tipo de consumo y género.....	71
<b>Ilustración 8.</b> Porcentaje de mancha por cigarrillo y/o tabaco según la ubicación anatómica .....	74
<b>Ilustración 9.</b> Porcentaje de mancha (eritema) según su ubicación anatómica....	75
<b>Ilustración 10.</b> Porcentaje de queratosis o placa según su ubicación anatómica.	75
<b>Ilustración 11.</b> Distribución de lesiones elementales según el tiempo de consumo en pacientes ex fumadores .....	78
<b>Ilustración 12.</b> Porcentaje de lesiones orales según el tiempo de abandono. ....	79

## **LISTA DE ANEXOS**

### **Anexo A. Galería de Fotos**

**Foto 1.** Palatinitis por tabaco y/o cigarrillo

**Foto 2.** Estomatitis por tabaco y/o cigarrillo

**Foto 3.** Leucoplasia Simple

**Foto 4.** Hipertrofia de Glándulas Salivales Menores

**Foto 5.** Melanosis del Fumador

**Foto 6.** Estomatitis por Tabaco

**Foto 7.** (1) Melanosis del Fumador. (2) Palatinitis del Fumador.

**Foto 8.** Queratosis del paladar debido al fumar al revés.

### **Anexo B. Encuesta base**

### **Anexo C. Formato de historias Clínicas**

## GLOSARIO

**Adicción:** Significa pérdida del control sobre el consumo de una sustancia, la cual tiene efectos físicos y comportamentales.

**Fumador Activo:** Paciente que mantienen el hábito de fumar actualmente.

**Fumador Habitual:** Paciente fumador quien fuma con la brasa o candela hacia fuera de la cavidad bucal.

**Fumador Invertido:** Paciente fumador crónico quien fuma introduciendo el extremo distal del cigarrillo (donde se realiza la combustión) En la cavidad oral.

**Hábito:** Es la conducta repetitiva en el consumo de una sustancia en busca de sus efectos placenteros, a la que ha desarrollado una dependencia psíquica

**Lesión:** Según la Organización Mundial de la salud, una lesión es toda alteración del equilibrio biopsicosocial. En clínica, una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad.



## **RESUMEN**

El tabaco y/o cigarrillo ha sido considerado como uno de los vicios mas comunes en nuestro tiempo, presentando este hábito tanto hombres, mujeres y hasta adolescentes.

Existiendo así una amplia gamma de pacientes que pueden estar afectados por las sustancias de estos productos, conllevando a la formación de manifestaciones en cavidad bucal desde el primer contacto con el cigarrillo y/o tabaco, por su acción irritante en la mucosa oral, causando lesiones a corto, mediano y largo plazo.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y población total de fumadores, con 93 historias clínicas de la Facultad de Odontología, de la Universidad del Magdalena. Los datos fueron clasificados según el tipo de consumo, ya sea: fumador habitual, fumador invertido, y ex fumador. Obteniendo una distribución de 48 casos (52,2%) de fumadores masculino, 33 casos (35,4%) de fumadores femenino, 2 casos de fumadores invertido (fuma con la brasa del cigarrillo dentro de la cavidad bucal), los cuales uno de los casos es femenino y el otro esta representado por el género masculino, equivalente cada uno al 1%. Además estuvieron presentes 10 casos de ex fumadores.

La información se digito bajo el programa Microsoft Excel 2007. Utilizando para el análisis de los datos; la distribución de frecuencias.

El mayor porcentaje de lesiones elementales primarias y/o secundarias, se encontró en los fumadores habituales con un 83,3%, el porcentaje de ausencias de lesiones elementales fue del 9,6% de la población estudiada.

La mayor distribución de lesiones orales encontradas fueron: con 68 casos (73%) mancha por cigarrillo, continuando queratosis o placa con 21 casos (22%), y con menor prevalencia la ulcera con 3casos (3,2%).

Los pacientes presentaron alteraciones en cavidad oral en estructuras como; encía con 71 casos (76,3%), mucosa yugal con 45 casos (48,3%), y paladar con 43 casos (46,2%), con menor porcentaje se presento piso de boca con 2 (2%).

El diagnostico presuntivo de las lesiones elementales primarias y/o secundarias fueron: Patologías Periodontales como gingivitis asociada a placa dentobacteriana sin otros factores contribuyentes con 50 casos (54%), melanosis del fumador 21 casos (12,5%), estomatitis por tabaco 18 casos (19,3), Palatinitis del fumador con 12 casos (13%) y Leucoplasia con 10 casos (10,7%).

## INTRODUCCION

Entre los elementos incorporadas al cigarrillos se encuentra mas de 4000 químicos, entre las sustancias mas importantes tenemos a la nicotina, que se caracteriza por ser un Alcaloide que induce a la liberación de adrenalina, noradrenalina y dopamina, provocando taquicardia, hipertensión e intensa vasoconstricción periférica. Además La nicotina es la responsable de la adicción del fumador al consumo del cigarrillo. En segundo lugar tenemos al alquitrán; este componente es el de mayor grado tóxico, y está conformado por más de 500 sustancias distintas. Es imitativo y cancerígeno. Y el Monóxido de carbono que es un Gas asfixiante capaz de causar enfermedad y muerte por su capacidad de producir hipoxia grave.

Los nativos americanos, utilizaban al tabaco y sus componentes como un elemento ritual en sus tribus. A nivel mundial, este producto se transforma en algo socialmente aceptable entre los hombres, y con el pasar de los años las mujeres van adquiriendo este vicio, igualando o superando en el consumo a la población masculina.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Santos de alba J. La influencia del tabaco en los tejidos bucales y su efecto sobre la cicatrización. Revista ciencia. Vol. 44. 2004.

En Colombia se ha calculado que se logran fumar alrededor de 20 millones de cigarrillos al año, y que se atribuyen más de 20 enfermedades a su consumo, encontrando enfermedades coronarias, úlcera péptica, alteraciones reproductivas, hipertensión, retraso en la cicatrización y en el aumento de cáncer en cavidad oral, laringe, faringe entre otros.<sup>2</sup>

El tabaquismo o el hábito de fumar es una de las adicciones de mayor preocupación, ya que se encuentra como la tercera causa de muertes prevenibles en el mundo entero según la OMS, sobrepasando al 4,9 millones de personas con este hábito a nivel mundial, los factores que se atribuyen para adquirir esta adicción es el estrés, el estilo de vida, o por imitación o curiosidad en la población mas jóvenes o adolescente.<sup>3</sup>

Actualmente existen pacientes que se encuentran afectados por las sustancias de estos productos, conllevando a la formación de manifestaciones en cavidad bucal como lesiones elementales de tipo primario y secundario, causadas desde el primer contacto con el cigarrillo y/o tabaco, por su acción irritante en la mucosa oral, presentadas en lesiones a corto, mediano y largo plazo. Lo cual no se le ha dado la importancia necesaria, a pesar del que el humo del tabaco y/o cigarrillo tiene una acción carcinogénica. Los odontólogos como especialistas de la cavidad oral, pueden brindar una ofensiva contra este hábito. Identificando las lesiones que

---

<sup>2</sup> Pérez M, Pinzón H. Uso del tabaco entre los jóvenes Colombianos: Retos para los profesionales en salud Pública. Rev. Salud Uninorte. 2005; 21:66-75.

<sup>3</sup> Hernández J. Guevara C, García M, Tascon El. Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones. Rev. Colombia médica. Vol. 37 No. 1.2006.



estén presentes en el medio bucal. Sin embargo hasta el momento no existen datos epidemiológicos en el magdalena que brinden una información clara sobre el estado bucal de estos pacientes.

Y a pesar que en otros estudios hacen referencia al alto consumo del cigarrillo y/o tabaco, lo hacen en ciertas regiones del país, habiendo un desconocimiento en otras poblaciones que podrían estar afectadas. La Universidad del Magdalena siendo una las principales instituciones estatales de educación superior del País. Brinda la oportunidad de describir las de lesiones elementales en cavidad oral en pacientes fumadores por medio de las historias clínicas elaborados en la Clínica odontológica de esta Institución.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El tabaquismo o el hábito de fumar son considerados como una de los vicios más comunes en la actualidad, según datos estadísticos se ha logrado calcular que para el 2010, el 85 por ciento del tabaco y/o cigarrillo del mundo será consumido en países en desarrollo. Siendo América Latina una de las regiones más vulnerables, como son; Centro América, Venezuela, y Colombia.<sup>4</sup>

En Colombia para el año de 1998, el Ministerio de Salud informo que la prevalencia de fumadores adultos fue de 18,9% y la de ex fumadores 12,4% y 11% de los adultos menores de 24 años.<sup>5</sup> En estudios recientes informan que el inicio de este habito se esta presentando en poblaciones cada vez mas jóvenes.<sup>6</sup> Y podemos agregar en este grupo el aumento de en la población femenina, y las diferentes modalidades de consumo que se desarrollan debido al placer que obtienen de este vicio, de los cuales encontramos los fumadores crónicos, habituales o los que fuman al revés o "**fumadores invertidos**", es decir con la brasa del cigarrillo adentro de la boca, lo cual aumenta las lesiones por la alta

---

<sup>4</sup> Warren C. Riley L. El consumo de tabaco entre los jóvenes. Inf, de vigilancia de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco. 2000; 78:868-876

<sup>5</sup> Hernández J. Op.cit., p. 16

<sup>6</sup> Warren C. Op.cit., 18.

temperatura, produciendo queratosis del paladar, con mayores posibilidades de transformación maligna.<sup>7</sup>

La adición al tabaquismo ha evidenciado en la mucosa oral lesiones principales que aparecen como cambio en engrosamiento de forma circunscrita en algunas estructuras de la cavidad bucal al igual que el cambio de coloración la cual es observable en un examen intraoral. En la Unidad de Estomatología del Hospital Universitario de Cartagena revisaron que la localización mas frecuentes de algunas patologías intraorales a causa del tabaquismo como es el cáncer oral suelen ser en el paladar con 37%, y con porcentajes descendentes en lengua, piso de boca, base de lengua, carrillos, labios y orofaringe. Y las lesiones elementales que encontraron de mayor distribución fue la ulcera con un 54%, la placa blanca 37% y tumor con un 8%.<sup>8</sup>

Además hay que contemplar que este hábito es acompañado con bebidas alcohólicas causando sinergismo con el tabaco y así originar procesos malignos. Del mismo modo la ingestión de bebidas calientes que irritan aun más la mucosa oral. Contribuyendo así a la delimitación de las funciones que cumple las estructuras anatómicas que conforman la cavidad oral.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Martínez A. Carmona L. Medina E. Comportamiento del cáncer oral en los pacientes atendidos en la unidad de estomatología del hospital universitario de Cartagena. Rev. Colombiana de neumología. Vol.12 No. 1. 2000.

<sup>8</sup> Ibíd., p. 19.

<sup>9</sup> González M, Bessone M, Gabriela G. Relación del Estado de salud de La mucosa Bucal con el Habito de Fumar en alumnos aspirantes al programa de Odontología. 2004-2006.

En algunas publicaciones han establecido los efectos del hábito de fumar como causa directa de algunas patologías intraorales y hasta extraorales. Incluyendo que este hábito constituye la tercera causa según la OMS de muertes prevenibles en el mundo.<sup>10</sup>

En Santa Marta, municipio del Magdalena no se ha identificado una relación directa de algunas manifestaciones a nivel bucal en personas con el hábito de fumar habitual e invertido, porque hasta el momento no hay estudios científicos que indiquen la prevalencia de las lesiones en estos individuos, información que ha sido confirmado por la entidad encargada de la vigilancia en salud en nuestro departamento como son; Secretaria de Salud Distrital y Departamental del Magdalena.<sup>11</sup>

Razón por la cuál el grupo investigador creyó pertinente realizar un estudio descriptivo que determinara, las manifestaciones orales más frecuentes en pacientes que asistieron a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena. Siendo este un primer paso, que da a conocer una situación inicial que posibilite, la descripción de lesiones orales que pueden traer repercusiones en el estado de salud general de los individuos que tienen el hábito de fumar, logrando de esta manera reportar el número de lesiones presentes en pacientes atendidos en esta clínica para que el municipio del Magdalena a través

---

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud Prevención y detección temprana ha escala de muertes por cáncer en las Américas. 02/20/2007.

<sup>11</sup> Castañeda S. Secretaria de Salud Departamental. Del Magdalena. 25/09/2007.

de todas las entidades prestadoras de salud marquen una pauta en los diagnósticos oportunos de patologías orales que pueden ser letales y con resultados fehacientes demostrar que se necesita invertir en campañas educativas que concienticen a la población de las repercusiones del hábitos de fumar en la cavidad oral.

## 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la distribución de alteraciones de la mucosa bucal y la modalidad de consumo del tabaquismo en pacientes de la clínica de la facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. General**

Describir las lesiones orales en pacientes que presentan el hábito de fumar según el tipo de adicción y/o consumo, en pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena. Durante el periodo 2006-2007. Santa Marta. D.T.C.H.

### **2.2 Específicos**

2.2.1. Identificar las lesiones orales de mayor frecuencia en pacientes con el hábito de fumar, según el tipo y género.

2.2.2. Determinar el tiempo y número de cigarrillos consumidos por día en los pacientes que han presentado el hábito de fumar y que asistieron a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena.

2.2.3. Determinar la localización anatómica de las lesiones en cavidad bucal en pacientes que han presentado el hábito de fumar.

2.2.5. Reconocer el tipo de fumador según el género y la edad en los pacientes que asistieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena.

2.2.4. Conocer la impresión diagnóstica de pacientes fumadores y ex fumadores que asistieron a la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena.

2.2.6. Identificar la procedencia de pacientes fumadores de acuerdo al tipo de hábito y género de pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad del Magdalena.

2.2.7. Establecer el tipo de ocupación de pacientes fumadores, según el tipo de consumo y el género.

### 3. JUSTIFICACION

Las lesiones en cavidad bucal por el consumo de Tabaco o cigarrillo, es algo que va en aumento, ya que hoy en día hay mil millones de fumadores en el mundo, y que por ello la epidemia de los problemas relacionados con el tabaco puede ser peor de lo que se había calculado.<sup>12</sup>

La OMS,<sup>13</sup> indica que el 84% de los fumadores vive en países en desarrollo, y sino se llega a revertir la actual tendencia, para el año 2030, 7 de cada 10 muertes a causa del tabaquismo se producirá en estos países.

Para comprender la potencialidad del daño de este elemento, hay que conocer su capacidad aditiva, su farmacodependencia, su tiempo de exposición y su modalidad de consumo, y entender que la cavidad bucal es la que tiene el primer contacto con el tabaco y/o cigarrillo y sufre su acción directa e irritante por los componentes tóxicos del humo y la acción carcinogénica de los alquitranes, benzopirenos y nitrosamidas.<sup>14</sup> Produciendo lesiones a corto plazo, mediano y/o largo plazo. No hay que dejar atrás otras alteraciones debidas a la nicotina, las cuales contribuyen a acelerar la enfermedad coronaria, úlcera péptica,

---

<sup>12</sup> Peto R. Lopez A. Boraheam J .Mortality from tobacco in developed countries.Pubmed. pp.1269-1278.

<sup>13</sup> El tabaco en las Américas. Organización panamericana de la salud. Nota descriptiva 1(5). 31 05 2000.

<sup>14</sup> Santos de Alba J. Op.cit., p. 15.



alteraciones reproductivas, hipertensión y trastornos en la cicatrización, así como aumentar el riesgo de cáncer en cavidad oral, laringe, faringe, esófago, pulmón y vejiga, derrames cerebrales y enfermedad pulmonar crónica; durante el embarazo aumenta el riesgo de crecimiento intrauterino retrasado y síndrome de muerte súbita del lactante <sup>15</sup>, desarrollándose así, este tipo de patologías.

Esto evidencia la pobre vigilancia que existe de este habito a pesar de que el se encuentra entre las primeras causas de muerte prevenible en el mundo, afirmando una necesidad de vigilar las lesiones en cavidad bucal como la primera puerta de entrada de los componentes del tabaco y/o cigarrillo, teniendo como finalidad un diagnóstico precoz de cualquier anomalía en los tejidos bucales y/o peribucales, ocasionado por las distintas formas en el consumo de este elemento letal.

En el Magdalena no existen investigaciones en el área de la salud que aporten y sustenten una distribución de lesiones orales en pacientes fumadores y la relación de esta, con su modalidad de consumo. Una de las instituciones que puede ayudar a enfrentar y mejorar son aquellas que se dedican a los procesos investigativos, como es el caso que esta generando la Universidad del Magdalena, con su facultad de Odontología, y de otras áreas, ya que cuenta con el recurso humano, e infraestructura para lograr resultados, y generar procesos científicos y epidemiológicos que permitan entablar soluciones rápidas y efectivas como una

---

<sup>15</sup> Carmona R. The health consequences of Smoking. A report of the surgeon general. 2006.

ofensiva practica al tabaquismo, ya que fumar tienen un carácter aditivo, y además por sus repercusiones en la calidad de vida de estas personas.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. Antecedentes Nacionales y Extranjeros

**Bernal Baláez Ángel** y col,<sup>16</sup> por medio del Instituto Nacional de cancerología en Colombia, desarrollo un trabajo centrado en el análisis, la distribución y frecuencia de uno de los problemas relacionados con el consumo del tabaco y/o cigarrillo como es el cáncer bucal, en pacientes crónicos. Establece que existe un desconocimiento de la gravedad ocasionada por el habito, por la poca prevalencia de patologías que esta puede tener a nivel oral, pero concluyo que esto se debe a que determinan la frecuencia de acuerdo a la estructura anatómica afectada, catalogándolos como una variedad de canceres en cavidad bucal; ya sea de lengua, labio o piso de boca entre otros, presentando un panorama irreal y no alarmante a la población nacional y mundial.

En el panorama nacional, el “**III Estudio Nacional de Salud Bucal**” realizado en el año de 1998, lograron establecer que en Colombia existe una prevalencia de fumadores adultos la cual fue de 18.9% y la de ex-fumadores 12.4%; además, 11% de los adultos menores de 24 años, que es relativamente alto fumaban y 4% eran

---

<sup>16</sup> Bernael Balaez A. y Montes Campusano V. Reflexiones sobre el cáncer bucal en Colombia. Revista de la Federación Odontológica Colombiana No. 187. P. 29. 1996

ex-fumadores; entre los adolescentes, 19% habían fumado alguna vez y de ellos, 11% eran fumadores habituales, 19% fumaban ocasionalmente y 70% lo hicieron por probar. Demostrando que hay una población muy joven afectada por este hábito.<sup>17</sup>

**Martínez Adel y col,**<sup>18</sup> Identifico tres grupos de fumadores: el crónico, el ocasional y el fumador invertido. Concluyendo que la costumbre del fumador invertido esta más extendida en el área rural. Según el área de procedencia 163 casos (91%) provienen de la zona rural y el resto del área urbana con 14 casos (8%) , en cuanto a la población mas afectada por el tabaquismo encontró: mujeres amas de casa 72 casos (40,6%), agricultores 43 casos (24,2%), empleados domesticas 17 (9,6%), lavanderas 12 (6,7%), este ultimo grupo de caracterizo por el fumar de tipo invertido, ya que por la exigencia de su oficio, les obliga a mantener las manos ocupadas, adquiriendo la forma del consumo invertido.

**Rivera Hidalgo,**<sup>19</sup> con su estudio de claro que la evidencia sugiere fuertemente que el cigarrillo ejerce un efecto nocivo sobre la salud gingival y que es un factor condicionante en la Enfermedad periodontal. También se relaciona con la infección de Vincent (GUNA), esta condición se caracteriza por úlceras dolorosas en las encías. Aquellos que fuman mas de diez cigarrillos en un día, tienen diez

---

<sup>17</sup> Ministerio de salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. II Estudio Nacional de factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas: Tomo II: Tabaquismo.

<sup>18</sup> Martínez A. Op-cit., p. 19.

<sup>19</sup> Rivera Hidalgo F. Los factores de riesgo periodontales. Periodontologia 2000. Vol. 32. p.50-58. 2003

veces mas probabilidad de adquirir este padecimiento”: Otra consecuencia interesante en el estudio del Dr. Rivera-Hidalgo, es el de la cicatrización retardada de las heridas, especialmente después de la exodoncia, la prevalencia de un alveolo seco, ocurre entre los fumadores con una frecuencia de tres veces más que en los no fumadores.

Hernández J y col,<sup>20</sup> logro identificar que en los últimos veinte años se han llevado a cabo estudios que muestran las consecuencias sobre las alteraciones en salud que el cigarrillo ocasiona en el fumador activo, y sus correlaciones con el medio en que se enfrenta aquellos individuos que toman la decisión de volverse fumadores, debido a la sociedad en que viven, cultura o al estrés. En este estudio establecieron que existe un total desconocimiento a nivel general de los estudiantes de la Universidad del Valle, sobre las enfermedades relacionadas con el hábito de fumar.

El estudio realizado por **Santos de Alba** Jesús,<sup>21</sup> definió a los grandes fumadores (principalmente de pipa o de cigarrillos sin filtro), reconoció que ellos pueden presentar diferentes lesiones en cavidad bucal como procesos hiperqueratoticos, de color blanco difuso y con la presencia de pequeños nódulos umbilicados en el paladar que corresponden a los orificios de salida de las glándulas salivales accesorias del mismo, los cuales generalmente están inflamados. Denominada

---

<sup>20</sup> Hernández J. Op.cit., p. 16.

<sup>21</sup> Santos A. Op.cit., p.15.

Estomatitis Nicotínica. Además agrego un hallazgo muy común entre los usuarios del tabaco, es la llamada melanosis del fumador.

En el panorama internacional, tenemos a **González María y col,**<sup>22</sup> con la participación voluntaria de 75 alumnos aspirantes a la Carrera de Odontología, provenientes de diferentes ciudades del noreste argentino. Donde concluyeron que; “en relación al género y el hábito de fumar, el sexo más frecuentemente afectado fue el femenino”, lo que estaría indicando que las mujeres en forma temprana han incrementado notablemente el consumo de tabaco, igualando o superando al sexo masculino. En cuanto al grupo etario más afectado resultó el de 17 y 18 años, lo que expresa que los índices de edades cada vez son más bajos en relación al hábito de fumar. Tuvieron en cuenta el estado de la mucosa bucal de los estudiantes fumadores donde predominó el estado normal siguiéndole el estado moderado y leve, presentando patologías relacionadas con el hábito de fumar como la Palatinitis Nicotínica y la leucoplasia en sus distintos grados.

Todos los participantes consultados conocían los daños que produce el hábito de fumar a nivel del sistema respiratorio, pero no el daño que puede provocar el consumo del cigarrillo y/o tabaco, a nivel de la cavidad bucal, y en especial sobre la mucosa oral, desencadenando estados patológicos premalignos y malignos.

---

<sup>22</sup> González M. Op.cit., p. 19.

**Person Lena,** <sup>23</sup> describió que las alteraciones bucales ocasionadas por el tabaquismo comienzan a desarrollarse partir del consumo de la primera etiqueta de cigarros, lo que justifica vigilar la cavidad bucal en forma permanente durante el uso del cigarrillo y/o tabaco aun después de haberlo dejado, ya que este producto actúa con agresividad puesto que la suma del calor de la combustión y los elementos tóxicos que contiene el humo, como nicotina, benzopirenos, alquitranes y radicales libres, conllevan a la producción de leucoplasias que pueden derivar a carcinomas y posteriormente a la muerte en pocos meses o dejar graves deformaciones en mandíbula y cara.

La presencia del hábito de fumar tiene además una posible relación con las periodontopatías, ya que no existen dudas acerca de los efectos del tabaquismo sobre las estructuras bucales, pues la nicotina es una sustancia muy tóxica, además que al fabricar el cigarro se agregan determinadas sustancias con el objetivo de darle bouquet, provocando así efectos nocivos en la cavidad bucal.

---

<sup>23</sup> Persson Lena. El aumento del Tabaquismo, los riesgos de complicaciones bucales y dentales. Centro para la prevención del tabaco. Paris. 2006.

## **4.2. Marco Teórico y Conceptual**

### **4.2.1. Generalidades de la Mucosa Bucal**

Es necesario establecer el tipo de tejido por cual esta formada la mucosa bucal, distinguiendo en ella tres capas que inician de la superficie a la profundidad, las cuales encontramos; La Primera capa: el Epitelio, este es pavimentoso, estratificado y plano, sin tendencia a la cornificación, y constituidos por las siguientes capas; basal o germinativa, constituida por células cilíndricas y dispuestas en empalizada; y espinosa o de Malpighi, de células poliédricas dispuestas en varias hileras, en donde la mayoría de las células son enucleadas y a excepción de algunas zonas de la mucosa bucal, como la masticatoria, presentan cierto grado de queratinización. La segunda capa: el Corion, esta formado por dos capas papilar, con aspecto de festón y en contacto con la membrana basal, rica en fibras elásticas y presenta capilares arteriales y venosos donde se inician los vasos linfáticos y terminaciones nerviosas, y la subpapilar, que se asienta sobre la submucosa, Presenta mayor predominio de fibras colágenas y de reticulina así como células fibrociticas, histiociticas y mastociticas. La tercera y última capa la submucosa, que posee gran tejido adiposo y glándulas salivales accesorias. La mucosa bucal que reviste la cavidad bucal se divide en topográfica y funcionalmente en; Mucosa masticadora, representada por la encía



adherente y el paladar duro; mucosa de revestimiento, localizada en la cara interna de labios, carrillos, cara ventral de la lengua y paladar blando, su función es de protección; y la mucosa especializada, que se halla en la cara dorsal de la lengua. Algunas de las alteraciones que podemos encontrar en la mucosa bucal, son debidas a modificaciones en el epitelio por una agresión de tipo externo, las cuales pueden ser de tipo localizado y en un menor grado de forma generalizada.

24

#### **4.2.2. Manifestaciones bucales por el hábito de fumar**

**Los efectos del cigarrillo y/o tabaco en la cavidad bucal,** La asociación medica argentina presento un reporte en el 2003, en donde concluyeron que la mayoría de los fumadores aspiran el humo del cigarrillo desde la boca y por las vías respiratorias, hacia los alvéolos pulmonares, donde la nicotina pasa a la sangre y es llevada a todo el organismo. Sin embargo, Algunos fumadores no inhalan el humo del tabaco y lo retienen en la boca para apreciar su sabor y para sentirse más seguros de evitar posibles lesiones pulmonares. Pero el humo guardado alrededor de la lengua produce su daño localizado, con la aparición de leucoplasias premalignas.<sup>25</sup> Además identificaron que existe varios tipo de fumador, como aquellos que fuman con la brasa del cigarrillo al interior de la cavidad oral denominándolos **"fumadores invertidos"**, comunes en países de América Central, Venezuela, Colombia y la India, lo cual aumenta las lesiones por

---

<sup>24</sup> LAZZARI, R. Semiología Odontológica. Tercera Edición Editorial Medica panamericana. 1989.pp 30-38

<sup>25</sup> Martínez A. Op.cit., p. 19.

la alta temperatura, produciendo queratosis del paladar, con mayores posibilidades de transformación maligna.

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen la población sobre las patologías relacionadas con el habito de fumar, algunos investigadores como son; Hernández J. et al, <sup>26</sup> demostraron en una investigación de tipo exploratorio de corte transversal cuya población de análisis estuvo conformada por estudiantes de primero a séptimo semestre de carreras profesionales bacteriología y laboratorio clínico, enfermería, fisioterapias, fonoaudiología, medicina y cirugía, odontología y terapia ocupacional, en donde, incluyeron a 487 estudiantes en estudio por muestreo por conveniencia: Entre las opiniones obtenidas de estos estudiantes sobre enfermedades con el hábito de fumar. Del total de participantes 462 (94,4%) relacionaron el cáncer pulmonar con el habito de fumar; 213 (43,7%) con la bronquitis crónica, 188 (38,6%) con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 186 (38,2%) con enfisema, 143 (29,4) con cáncer bucal, 116 (32,8) con infarto de miocardio, 108 (22,2%) con hipertensión y 44 (9%) con ulcera”. Evidenciando el poco conocimiento de otras alteraciones por este habito, apartes de las que afectan al sistema respiratorio.

**Rodríguez Lozano F,** <sup>27</sup> proveniente de la Escuela Europea, resumió en un tratado sobre “el tabaco, las patologías odontoestomatologicas”, manifestó que la

---

<sup>26</sup> Hernández J. Op.cit., p.16.

<sup>27</sup> Rodríguez Lozano F. Consumo de tabaco y patología odontoestomatologica. Tratado de tabaquismo. p.p. 155-163.

boca es el lugar del cuerpo por el que se introduce el tabaco en nuestro organismo. Está claro que las manifestaciones de este vicio allí, deben ser evidentes”. Afirmo además que en nuestras consultas, desde el momento en que un paciente abre la boca para cualquier exploración básica, ya sabemos si fuma o no. Como profesionales de la salud, entendemos que tenemos una responsabilidad respecto a los pacientes fumadores, que incluye, por supuesto, el tratamiento de las lesiones producidas por el tabaco, pero también el consejo tanto en pacientes con lesiones evidentes, como en aquellos que sabemos las van a desarrollar si no dejan de fumar. Además, gozamos de una Posición privilegiada, ya que somos los únicos por los que pasa, o debería pasar, toda la población, no sólo la enferma. Este es un problema que afecta a los Odontólogos en todo el mundo. En la región oral las estructuras anatómicas la cual hace referencia son; semimucosa y mucosa labial, mucosa yugal, paladar, orofaringe, lengua, piso de boca, encía y glándulas salivares menores, las principales manifestaciones que vemos en los fumadores a nivel bucal, son las siguientes:

- Tinciones y manchas en la superficie dentaria.
- Halitosis (mal aliento)
- Disminución del gusto
- Retraso en la cicatrización de las heridas
- Mayores índices de periodontitis y de gingivitis Ulceronecrotizante aguda.

- Aumento importante del número de casos de cáncer y precáncer oral. Este mayor riesgo disminuye notablemente en un período entre 5 y 10 años después de dejar de fumar. Hay que considerar el demostrado efecto sinérgico entre el tabaco y el alcohol en el desarrollo del cáncer oral.
- Mayor número de casos de candidiasis oral.
- “Paladar del fumador”
- “Melanosis del fumador”

Por lo consiguiente en las consultas dentales se debe informar a los pacientes de la relación del tabaco con muchos problemas orales y estar entrenado para dar consejo sobre cómo dejar de fumar, por lo que ésta debería ser una materia de todo programa de estudios en las Facultades de Odontología. El paciente que deja de fumar con ayuda tiene muchas más probabilidades de lograrlo que el que lo intenta solo.

En los fumadores, encontramos la capacidad de distinguir olores y sabores la cual se ve disminuida como fue mencionada por **Santos Alba Jesús**,<sup>28</sup> conforme pasa el tiempo, los ex fumadores van recuperando paulatinamente la capacidad olfativa. El sentido del gusto también se afecta, particularmente para la sal, siendo necesarios umbrales hasta 12 o 14 veces más altos para identificar un alimento como salado.

---

<sup>28</sup> Santos A. Op.cit., p. 15.

El consumo de tabaco se relaciona con el retraso en la cicatrización de las heridas y mayor dolor tras extracciones de piezas dentales, así como peor capacidad de recuperación del periodonto tras tartrectomías y curetajes. En el sistema periférico, un solo cigarrillo es capaz de producir una vasoconstricción con disminuciones de la velocidad del riego de hasta un 40% durante una hora después de su consumo, en la mucosa bucal se produce el mismo efecto por los mayores niveles plasmáticos de adrenalina y noradrenalina, además de los signos locales derivados de ser la boca la vía de entrada del tabaco en el organismo. También existe una clara relación entre el hábito de fumar y la presencia de enfermedades periodontales la cual está suficientemente avalada por multitud de trabajos científicos publicados. Tabla I.

TABLA I		
RIESGO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES ATRIBUIBLES AL TABACO		
<i>Estudio</i>	<i>Año</i>	<i>Probabilidad</i>
Preber y Bergström	1986	2,4
Bergström	1989	6,4
Ismail et al.	1990	6,2
Horning et al.	1992	2,0
Locker y Leake	1993	2,9
Bergström y Preber	1994	2,2
Linden y Mullally	1994	14,1
Grossi et al.	1994	2,0-4,7
Grossi et al.	1995	3,2-7,2
Mullally y Linden	1996	4,6

El fumar se asocia clínicamente a bolsas profundas, formación de cálculo, pérdida de hueso alveolar, gingivitis ulceronecrotizante aguda grave, y osteoporosis. Antiguamente se establecía una correlación entre el fumar y la inflamación gingival y la cantidad de cálculo y placa bacteriana en los dientes, curiosamente estudios recientes realizados por Rodríguez Lozano, demuestran que una vez controlado

el nivel de placa, los fumadores presentan una menor inflamación y hemorragia gingival que los no fumadores, lo que indica una supresión de dicha inflamación. Estos resultados, que sugieren una menor predisposición a la hemorragia entre los fumadores, no son sorprendentes, a la vista del conocido efecto de la vasoconstricción local que ejerce la nicotina en la circulación periférica.<sup>29</sup>

También se ha demostrado la existencia de una relación entre la severidad de la enfermedad y el número de cigarrillos fumados al día, así como con el número de años durante los cuales se ha fumado, resultados que pueden indicar efectos beneficiosos del abandono del hábito. Entre las enfermedades de la mucosa oral, los fumadores encontramos distintas alteraciones a parte de las periodontopatías, que pueden llegar hasta el cáncer oral. La presencia en un paciente de lesiones leves o de escasa trascendencia, nos puede dar la oportunidad de plantearle los riesgos del tabaco y la conveniencia de dejar de fumar.

Algunos cambios displásicos leves que pueden ceder con el cese del hábito del cigarrillo y/o tabaco. Uno de los procesos displásicos más comunes que se presenta en la cavidad oral de pacientes fumadores es la llamada leucoplasia. Esta entidad esta considerada como una displasia la cual tiene gran tendencia a malignizar. El riesgo para adquirir esta entidad aumenta con el incremento del uso del tabaco y declina cuando se deja de usar el mismo. Existen algunos sitios los cuales son considerados zonas de mayor riesgo para malignización de leucoplasia

---

<sup>29</sup> Rivera H. Op cit., p. 31.

en boca; como la lengua y el piso de boca. En algunas regiones del mundo, se acostumbra fumar cigarrillos introduciendo el extremo candente en la boca; es común encontrar en la boca de estos pacientes un proceso leucoplásico acompañado de pigmentación, fisuras, engrosamiento, nódulos, eritema y ulceración de la mucosa palatina. Entre los efectos más comúnmente descritos que tiene el tabaco sobre la mucosa oral se encuentran ciertos tipos de carcinomas.

Un gran porcentaje de los pacientes que presentan cáncer en boca u orofaringe fueron fumadores en alguna época de su vida, se ha demostrado la presencia de neoplasias malignas en pacientes con historia de hasta 15 años de haber dejado el hábito del tabaco. El uso de cigarrillos sin filtro aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las entidades antes mencionadas. También se cree que el mismo alcohol puede causar sinergismo con el tabaco y así originar procesos malignos en boca. En nuestros días el fumar o masticar tabaco es considerado como uno de las costumbres más arraigadas entre las sociedades y como uno de los vicios que más deterioro de la salud causa entre las personas que lo acostumbran y también entre quién respira el producto de su combustión.<sup>30</sup>

Está claramente demostrada la existencia de una relación dosis-respuesta entre el consumo de tabaco y el riesgo de desarrollar cáncer oral. Hace algunos años se creía que los fumadores de puros o los que fumaban en pipa estaban expuestos a

---

<sup>30</sup> Carmona R. Op.cit., p.25.

un menor riesgo del cáncer oral que los fumadores de cigarros. Sin embargo, se ha demostrado recientemente que este riesgo es similar entre los fumadores de puros y los que fuman cigarros. Tras un período de entre 5 y 10 años de abstinencia, desaparece el mayor riesgo de desarrollo de cáncer oral en los ex fumadores. El alcohol aumenta la permeabilidad de las membranas mucosas orales, aumentando así el efecto cancerígeno de los productos del tabaco. Un fumador que no beba alcohol tiene de dos a cuatro veces mas riesgo de desarrollar un cáncer oral que quien no fume ni beba, pero el riesgo es de seis a quince veces mayor en un fumador que a la vez sea un gran bebedor.

En cuanto a otras relaciones patológicas del hábito de fumar, mucho se ha discutido sobre si el tabaco está o no entre los diversos factores responsables de la candidiasis oral. Varios estudios de Rodríguez lozano han demostrado que es un importante factor predisponente, ya sea por si solo o en combinación con otros, si bien no se conoce su mecanismo patogénico exacto.<sup>31</sup>

Otro estudio sobre la presencia de Cándidas en adultos con dentición sana, y en pacientes con leucoplasia y candidiasis eritematosa, también apoyó la tesis de que fumar era un factor de predisposición a la candidiasis. Entre pacientes que fueron tratados con antimicóticos, todos los que siguieron fumando una vez terminado el tratamiento, sufrieron una recaída de su candidiasis. Asimismo, en pacientes VIH positivos, la respuesta al tratamiento era mejor en los no fumadores que en los

---

<sup>31</sup> Rivera H. Op.cit., p. 31.



fumadores. Clínicamente, está demostrado que algunas candidiasis desaparecen simplemente por dejar de fumar.

Santos de Alba Jesús,<sup>32</sup> menciona en algunos referentes teóricos, que el tabaco contiene una sustancia la cual induce un aumento en la producción de melanina y que algunas hormonas en mujeres fumadoras, hacen que esta pigmentación sea más intensa, y esta se localiza principalmente en la encía labial, y en los usuarios de pipa se origina principalmente en la mucosa del carrillo y en el paladar. Además La intensidad de esta entidad esta relaciona con la cantidad de tabaco que se acostumbre a utilizar y el tiempo que se tenga con el hábito. Esta pigmentación puede ser confundida con melanoplaquia, la cual es un rasgo característico de algunas razas. Esta entidad “melanosis del fumador” tiende a remitir cuando el hábito del tabaco ha desaparecido, lo cual tarda unos pocos meses; si esta no desaparece, se recomienda tomar una biopsia para su valoración. No da sintomatología, no es una lesión premaligna y la pigmentación es reversible, aunque suele tardar un año o más en desaparecer tras dejar de fumar.

En la década de los sesenta, se realizo un reporte en los estados unidos, por la asociación de cirujanos generales, en donde se identifico a la nicotina como una

---

<sup>32</sup> Santos de A. Op.cit., p. 15.

“sustancia que se encuentra en forma natural en el tabaco, como una sustancia adictiva”, desde ese momento se iniciaron informes sobre la dependencia física y psicológica de este elemento. Esta dependencia se debe en parte a que la nicotina produce un efecto tranquilizante del sistema nervioso central de la persona, eventualmente esta droga desarrolla una tolerancia y requiere un aumento en la dosis diaria para mantener los niveles que necesita.<sup>33</sup>

#### **4.2.3 Lesiones elementales por el hábito de fumar en cavidad oral**

##### **Lesiones elementales por el hábito de fumar**

Toda enfermedad que se llega a manifestar en la mucosa oral, puede ocasionar alteraciones morfológicas y además presentar signos clínicos características de cada una de ellas. Estas alteraciones han sido clasificadas como lesiones elementales primarias o secundarias. Antes de mencionar las lesiones elementales por el hábito de fumar, hay que reconocer que hay distintos tipos de lesiones; según Lazzari N, podemos definir las lesiones elementales primarias; como aquellas que se dan sobre piel o mucosa sana, y las secundarias como resultado de las modificaciones de las lesiones primarias.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> U.S Department of health and Human service. The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General Atlanta. Centers for disease control and prevention, national center for chronic disease prevention and health promotion. 2004

<sup>34</sup> Persson L. Op.cit., p. 31.

Entre lesiones primarias elementales causadas por el hábito de fumar podemos encontrar la mancha, queratosis o placa, pápula, nódulo, verrugosidad y tumor. Y entre las secundarias erosiones y úlceras.

#### **4.2.3.1 Lesiones elementales primarias**

##### **4.2.3.1.1. Mancha por cigarrillo y/o tabaco**

Representa un cambio en la coloración de la mucosa sin variación del espesor, la consistencia y el relieve. Son lesiones muy frecuentes. Su origen puede obedecer a otros factores; como los vasculares o de otra naturaleza, las cuales pueden determinar manchas pigmentarias difusas o generalizadas. Estos pigmentos pueden venir del propio organismo o del exterior.

##### **4.2.3.1.2 Queratosis o placa**

Es la formación de una capa córnea que hace relieve más o menos extenso (1cm de diámetro). Están se observan engrosadas y de color blanco.

##### **4.2.3.1.3 Pápula**

Es una neoformación cutánea sólida circunscripta, que hace relieve en la piel o en las mucosas y no deja cicatriz al evolucionar espontáneamente. Miden de 1mm a 1 cm. El color varía del rojo violáceo al blanco-nacarado. La superficie puede ser

lisa, deprimida o saliente según su localización, puede ser epidérmica y dermoepidérmica.

#### **4.2.3.1.4      Nódulo**

Formación sólida, circunscrita y de localización profunda: la mayor parte se ubica en la hipodermis o submucosa. Es palpable, poco visible y esta cubierta por mucosa sana o alterada.

#### **4.2.3.1.5      Verrugosidad**

Es una neoformación lobulada o en coliflor, blanda, de superficie seca, queratinizada y de color blanco.

#### **4.2.3.1.6      Tumor**

Es una neoformación no inflamatoria de forma, tamaño y consistencia variable, que tiende a crecer y persistir indefinidamente. Pueden ser benignos o malignos como los carcinomas.

### **4.2.3.2      Lesiones secundarias**

#### **4.2.3.2.1      Erosión o exulceración**

Pérdida de sustancia que no afecta al corion ni deja cicatriz.

#### **4.2.3.2.2      Úlcera**

Pérdida de sustancia que afecta al corion, estas son de evolución crónica y no tiende a la cicatrización.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. TIPO DE INVESTIGACION**

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, dirigida principalmente a un estudio de frecuencia y distribución, considerando aspectos de la población definida para fines del estudio, con un enfoque cuantitativo. Línea de investigación; manifestaciones bucales de trastornos locales.

### **5.2. POBLACION Y MUESTREO**

#### **5.2.1 Población**

93 historias clínicas de pacientes fumadores de la clínica odontológica de la Universidad del Magdalena en el primer y segundo trimestre 2006 y primer trimestre del 2007.

El tipo de muestreo utilizado en la descripción de lesiones orales en pacientes de la clínica odontológica del magdalena fue no probabilístico, con muestreo intencionado a partir de pacientes fumadores.

### 5.3 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
<b>EDAD</b>	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Cuantitativa	Años
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que distingue en una especie dos tipos de individuos que desempeñen distinto papel en la reproducción.	Cualitativa	Masculino o Femenino
<b>OCUPACIÓN</b>	Trabajo, empleo u oficio	Cualitativa	Labor que desempeña
<b>PROCEDENCIA</b>	Origen, lugar de proceder de un individuo.	Cualitativa	Ciudad y/o población.
<b>NUMERO DE CIGARRILLOS</b>	Cantidad de cigarrillos que consume por día.	Cuantitativa	Cigarrillo y/o tabaco

<b>TIEMPO QUE LLEVA FUMANDO</b>	Duración del Hábito de Fumar	Cuantitativa	Años
<b>TIPO DE CONSUMO</b>	Clases de fumadores, según el tipo de adicción.	Cualitativo	Fumador habitual Fumador Invertido
<b>LESIONES ORALES</b>	Cambio en la morfología de la mucosa bucal.	Cualitativa	Lesiones elementales primarias y/o lesiones elementales secundarias.
<b>LOCALIZACION</b>	Región y/o ubicación donde se encuentra la lesión.	Cualitativa	Mucosa oral
<b>IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</b>	Diagnósticos basados en los signos y síntomas.	Cualitativa	Diagnósticos



## **5.4 PROCEDIMIENTO**

### **5.4.1 Fuentes de recolección de la información.**

Se utilizó un instrumento de recolección de datos (Anexo B), obteniendo la información contenida en las historias clínicas Odontológicas de la Universidad del Magdalena en el primer y segundo trimestre del 2006 y primer trimestre del 2007 (Anexo C). Los datos contenidos en las Historias son: Número de Historia clínica, datos del paciente como; identificación, nombre, edad, genero, procedencia, motivo del consulta, historia de la enfermedad, antecedentes médicos y familiares, hábitos y/o vicios, hallazgos clínicos , examen físico extraoral e intraoral, además del diagnostico presuntivo o impresión diagnostica, diagnostico definitivo, y plan de tratamiento. Y una hoja anexa de consentimiento informado.

El instrumento para la captura de datos de las Historias Clínicas contenía variables socio demográficas, tipo de hábito, tiempo de consumo, lesiones orales de acuerdo a la localización anatómica e impresión diagnostica. Una vez revisada la población se toma el total de las historias clínicas de pacientes fumadores atendidos en la clínica de la facultad de odontología de la Universidad del Magdalena durante el primer y segundo trimestre del 2006 y primer trimestre del 2007.

**Primera Etapa:** Se realizó una socialización con los docentes de semiología, relacionada con la implementación de datos bases como numero de cigarrillos consumidos por día y modalidad de consumo, que serian necesarios en las historias clínicas, siendo de obligatoriedad para los estudiantes en la elaboración de las mismas.

Se manejo la información del instrumento con total confidencialidad. Cumpliendo con las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud y los códigos éticos odontológicos y legales.

**Segunda Etapa:** La información fue recopilada al finalizar cada corte por los investigadores del proyecto. De la Siguiente forma:

La recolección de la información se realizó mediante la toma de datos de las historias clínicas que reposan en los archivos de la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena. Se tomo el 100% de la población de pacientes fumadores.

Se determinó como unidades de análisis las historias clínicas diligenciadas entre los periodos I-II 2006 y I-2007.

El formato (Anexo B) para la obtención de la información, incluyo; numero historia clínica, edad, sexo, procedencia, profesión, antecedentes como: fumador

actual o ex fumador, tipo de fumador (habitual y/o invertido), numero de cigarrillos consumidos por día, tiempo de consumo, y para aquellos que abandonaron el habito, hace cuanto dejaron el hábito, características de la mucosa oral (lesión, localización y ubicación), e impresión diagnostica.

Aquellas historias clínicas que no incluyeron algunos datos como el número de cigarrillos consumidos por día, y el tiempo de consumo, se les realizó un rastreo y se complemento la información a través de un nuevo interrogatorio con los pacientes.

Los datos se analizaron de acuerdo a cada una de estos elementos realizando la distribución de frecuencias que ayudaron a concluir en cual de estas variables se presenta un mayor número de lesiones orales. Se procede a tabular los datos en una tabla matriz, gráficos de barras. Utilizando el programa informático Microsoft Excel 2007.

#### **5.5. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES**

El estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, empleando técnicas y métodos de investigación retrospectivos no realizando para ello modificaciones de las variables, utilizando como documentos las historias clínicas, según la RESOLUCION N° 008430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas

científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el artículo 11.<sup>35</sup>

No se publicará los resultados de esta investigación, sin una previa aprobación de la institución encargada en la divulgación de los datos en este caso la Universidad del Magdalena como entidad Educativa, y contemplado en el capítulo IX, artículo 53 de acuerdo al código de ética Odontológica.

---

<sup>35</sup> Resolución N° 008430 de 1993, título II, capítulo 1, artículo 11.

## **6. ANALISIS Y RESULTADOS**

El presente análisis va de acuerdo a la información encontrada sobre lesiones en cavidad oral de pacientes que han padecido el hábito de fumar Durante el periodo 2006 y primer trimestre del 2007.

### **6.1. Características de La muestra**

Estuvo conformada por 93 historias clínicas, la población total de historias pertenecientes a pacientes fumadores de la Clínica, de la Facultad de odontología de la Universidad del magdalena, Distribuidos de la siguiente forma: 52 historias equivalente al 56% correspondiente a hombres, y 41 a mujeres (44%). Tabla1, Ilustración 1.

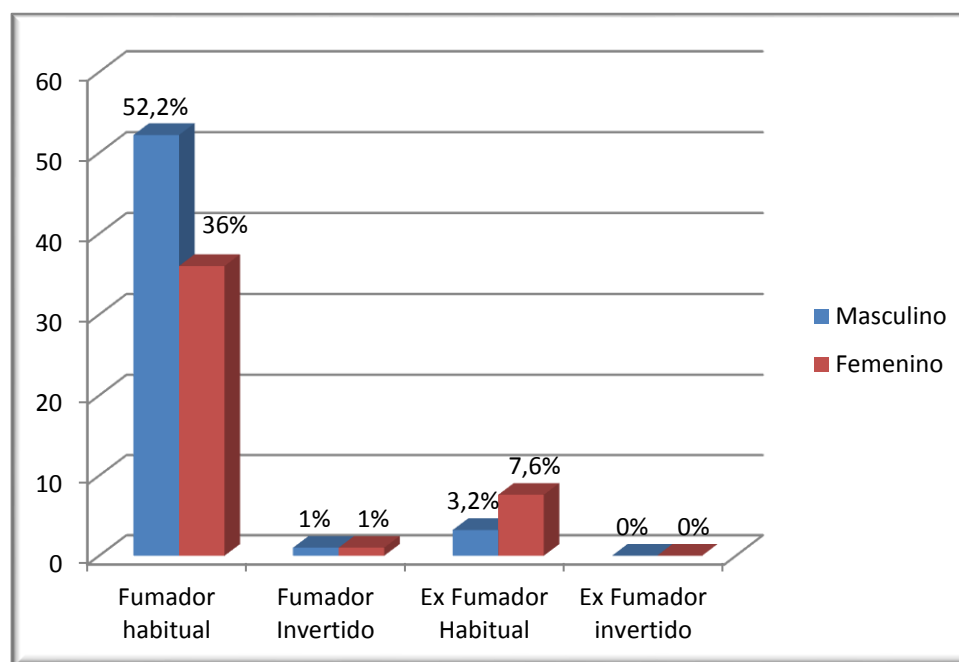
La distribución según el tipo de hábito, fue así: 88% (81 casos) de Fumadores habituales, 10% (10 casos) de ex fumadores, 2% (dos casos) de fumadores invertidos. Ilustración 1

Del 88% de las historias clínicas el 52,2% de los hombres tienen el hábito de fumar de forma habitual y un 36% las mujeres, el resto de casos tuvieron valores de forma descendente.

**Tabla 1. Distribución de fumadores: según el tipo de hábito y género**

Hábito	Masculino	%	Femenino	%	Total
Fumador habitual	48*	52,2%	33*	36%	81 (88,2%)
Fumador Invertido	1	1%	1	1%	2(2%)
Ex Fumador Habitual	3	3,2%	7	7,6%	10(10,8%)
Ex Fumador invertido	-	0%	-	0%	0
Total	52	56,4%	41	44%	93(100%)

Fuente: Historias Clínicas, \_ Datos Ausentes, \*Datos significativos.



**Ilustración 1. Porcentaje del tabaquismo: según el tipo de hábito y género.**

## 6.2. Frecuencia de lesiones elementales orales

La frecuencia de lesiones elementales fue del 90,3%, y el porcentaje de ausencias de lesiones orales fue del 9,6% de la población estudiada. Tabla2.

### 6.2.1 Según el tipo de consumo del tabaquismo

La distribución de lesiones orales fue; del 90,3%, el 83,8% eran fumadores habituales, y el 4,3% ex fumadores, 2,2% fumadores invertidos. Del 9,6% el 6,4% eran ex fumadores y el 3,2% fumadores habituales.

**Tabla 2. Porcentaje de lesiones orales según el tipo de hábito.**

Tipo de hábito	Presencia de lesiones orales %	Ausencia de lesiones orales %	Total
Fumador habitual	83,8%	3,2%	87%
Fumador invertido	2,2%	0%	2,2%
Ex fumador	4,3%	6,4%	10,7%
Total	90,3	9,6%	100

### **6.3 Edad de los pacientes fumadores**

La edad media de la población de pacientes se encontró entre los 45,5 años de edad, con un valor mínimo de 17 años y con un valor máximo de 74 años.

#### **6.3.1 Rango de edades según el género**

Según el rango de edades y género tenemos con un mayor porcentaje de las 93 historias clínicas: el 27% entre 41 y 50 años de edad, de los cuales 12% era femenina y el 10% masculina con una modalidad de consumo habitual, y el resto de valores se encuentra en valores descendentes. Tabla 3, Ilustración 2.

De las historias clínicas de ex fumadores se encontró el siguiente porcentaje: del 10%, el 3,2% se encontraba entre 41 y 50 años de edad y el 2% entre 50 y 58 años de edad, de los cuales pertenecían a la población femenina. Tabla 3, Ilustración 3.

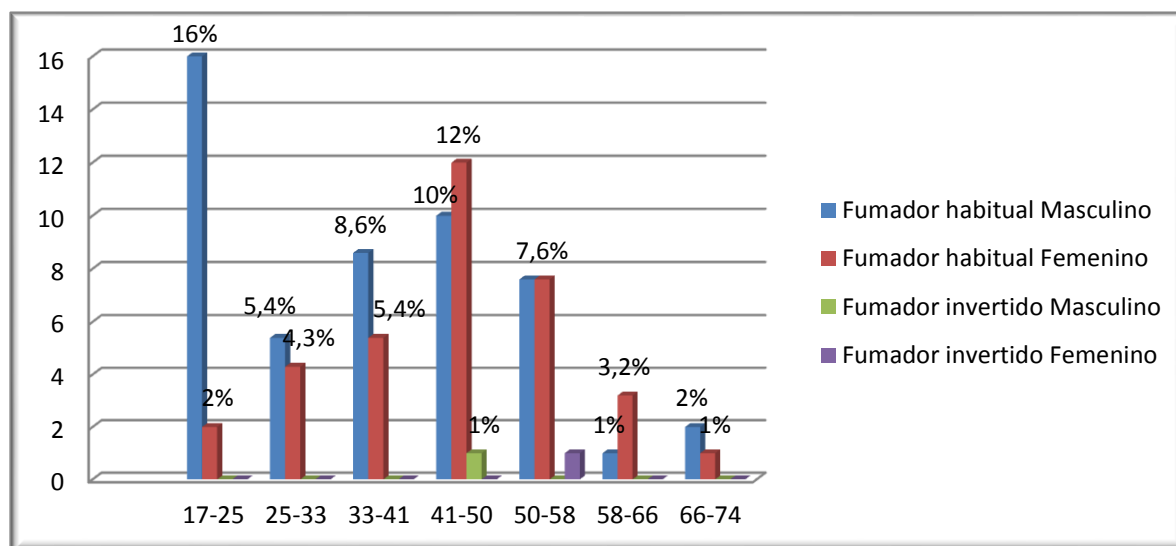
El 2% de fumadores invertidos se observó entre las edades de 41 a 50 años de edad y 50 a 58 años de edad.



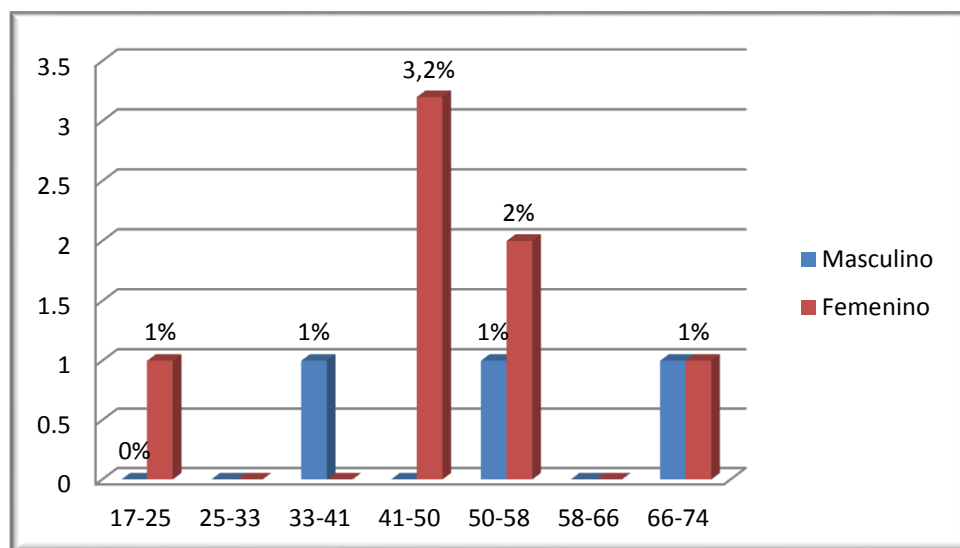
**Tabla 3. Frecuencia de fumadores: según el rango de edades.**

Edad	Fumador Activo Habitual				Fumador Activo invertido				Ex fumador Habitual				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%		
17-25	15*	16	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	18	19,5
25-33	5	5,4	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9,8
33-41	8	8,6	5	5,4	0	0	0	0	1	1	0	0	14	15,2
41-50	10*	10	11*	12	1	1	0	0	0	0	3	3,2	25	27
50-58	7*	7,6	7*	7,6	0	0	1	1	1	1	2	2	18	19,5
58-66	1	1	3	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4,3
66-74	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	5	5,4
Total	48	53	33	35	1	1	1	1	3	3	7	7,6	93	100

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa.



**Ilustración 2. Porcentaje de fumadores: según la edad y el tipo de consumo**



**Ilustración 3. Porcentaje de ex fumadores según el rango de edades**

#### **6.4. Procedencia**

La distribución de la procedencia de pacientes que han tenido el hábito de fumar, encontramos que el 75% proviene del municipio de Santa Marta con 69 casos y el 25% restante proviene de zonas rurales del Magdalena y departamentos del Sucre, cesar, Boyacá, Atlántico, y Cundinamarca. Tabla 4.

**Tabla 4. Frecuencia en la procedencia de pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género.**

Procedencia	Fumador activo habitual				Fumador Activo invertido				Ex fumador				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Medellín	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Bogotá	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	3,2
Duitama	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Barranquilla	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,2
Aracataca	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ciénaga	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	3	3,2
Fundación	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Guacamayal	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Plato	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	2
Santa Marta	40*	43	22*	24	1	1%	0	0	1	1	5	5.4	69*	75
Sincelejo	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Valledupar	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Villanueva	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	48	52	33	36	1	1%	1	1	3	3,2	7	7,6	93	100

**Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa.**

#### **6.4.1 La procedencia según la modalidad de consumo**

Del 75% procedente del municipio de Santa Marta, el 43% eran fumadores habituales masculino y 24% femenina, y del 25% restante de las historias clínicas con uno por ciento cada una provenía de barranquilla, Bogotá, Ciénaga, Fundación, Guacamayal, y Villanueva.

De las historias Clínicas de fumadores invertidos uno de ellos pertenecía a la zona rural de ciénaga femenina y el 1% restante del municipio de Santa Marta. Tabla 4.

#### **6.5 Ocupación de pacientes fumadores**

Encontramos con los mayores porcentajes las siguientes actividades: de las 93 historias clínicas, el 17% eran Amas de Casa con 16 casos, 13% Comerciante con 12 casos, 8,6% Estudiantes 8 casos y 6,5% desempleados 6 casos.

Según la modalidad de consumo tenemos: del 81% de los fumadores habituales el 14% era ama de casa y un 8% oficios varios este último se dio con valores iguales en la población femenina y masculina, y con el mismo porcentaje del 8% se encontraron transportadores siendo estos los valores mas representativos de las historias clínicas. Tabla 5.

Con la modalidad invertida correspondiente al 2% de las historias clínicas cumplían con labores de lavandería en el género femenino y oficios varios en el género masculino.

En pacientes ex fumadores correspondientes al 10% de las historias clínicas el (3,2%) era comerciantes, y con el mismo porcentaje se encontró oficios varios, el 2% amas de casa y uno por ciento cada uno kinesióloga y pensionada. Tabla 5.

**Tabla 5. Frecuencia de ocupaciones laborales de los pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género.**

Ocupación	Fumador Activo habitual				Fumador activo invertido				Ex Fumador habitual				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%	No.	%	No	%	No	%		
Ama de casa	0	0	14	14	0	0	0	0	0	0	2	2	16	17
Aux. Odontología	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cerrajero	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Comerciante	7*	7,6	2	2	0	0	0	0	3	3,2	0	0	12	13
Desempleado	4	4,3	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6,5
Docente	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Estilista	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Estudiante	5	5,4	3	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8,6
Kinesióloga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Lavandera	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Maestro de Obra	7*	7,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7,6
Oficios Varios	8*	8,7	8*	8,7	1	1	0	0	0	0	3	3,2	20	21,7
Pensionados	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
Tec. Electricista	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4,3
Tipógrafo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Transportador	8*	8,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5,4
Total	48	52	33	36	1	1	1	1	3	3,2	7	7,6	93	100

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia Significativa. Abv. Aux: Auxiliar, Tec: Técnico.

## 6.6. Tiempo de Consumo de cigarro y/o tabaco

La distribución del tiempo de consumo ha sido establecida por años, de la siguiente forma: 1-4, 4-8, 8-12, 12-16, 16-20, 20-24, 24-28, 28-32, 32-36, 36-40, mas de 40 años, obteniendo los siguientes resultados:

Del 52,2% de fumadores habituales masculino el 20,6% presento un tiempo de consumo de 1 a 4 años (19 casos) y con un 13% de 8 a 12 años de consumo siendo estos los valores más representativos de las historias clínicas. Del 35,8% de la población femenina de fumadores habituales el 15% de la población tuvo un tiempo de consumo de 1 a 4 años, un 4,3% presento un tiempo de consumo de 16 a 20 años, solo un uno por ciento superaba a los 40 años de consumo. 4,3%.

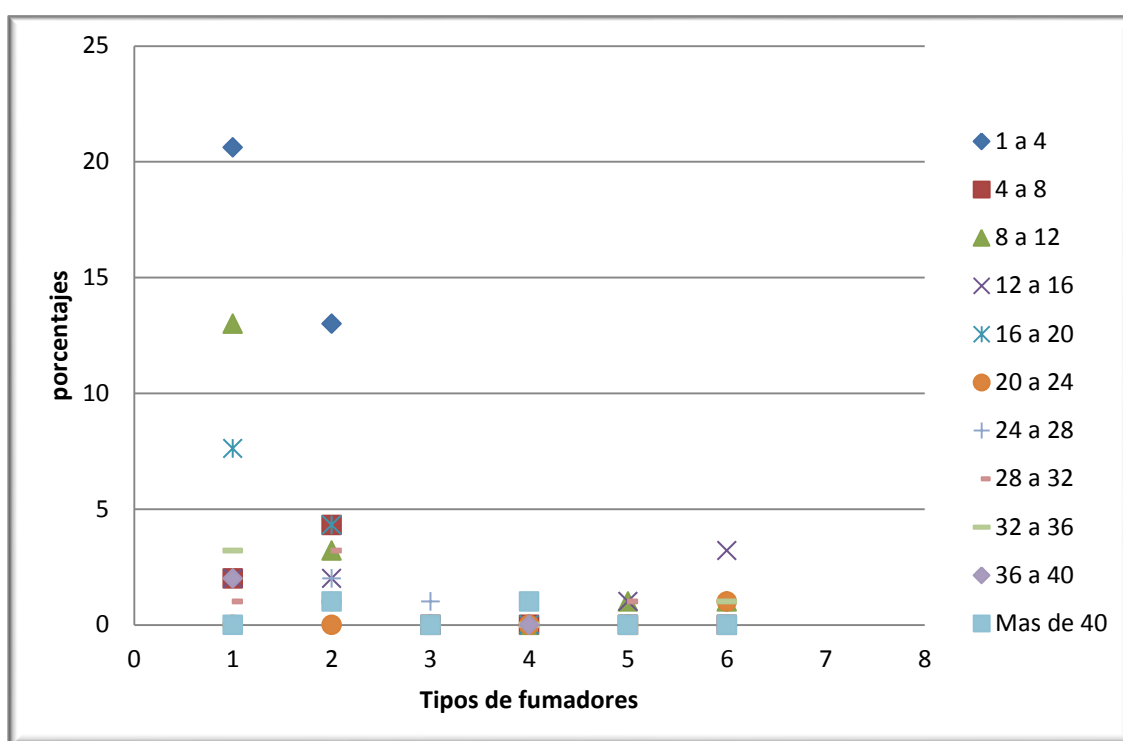
Tabla 6.

**Tabla 6. Frecuencia en el tiempo de consumo en años en pacientes fumadores: Según el tipo de hábito**

Tiempo de consumo en años	Fumador Activo Habitual				Fumador Activo invertido				Ex Fumador Habitual				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	N o.	%	N o	%	No.	%		
1-4	19*	20,6	12*	13	0	0	0	0	0	0	1	1	32	34,7
4-8	2	2	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6,5
8-12	12*	13	3	3,2	0	0	0	0	1	1	1	1	17	18,4
12-16	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	3	3,2	8	8,7
16-20	7*	7,6	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11,9
20-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
24-28	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3,2
28-32	1	1	3	3,2	0	0	0	0	1	1	0	0	5	5,4
32-36	3	3,2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5,4
36-40	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3,2
Mas de 40	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Total	48	52,2	33	35,8	1	1	1	1	3	3,2	7	7,6	93	100

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa.

En el 10% de Ex fumadores, el 3,2% de los casos femeninos se encontró con un tiempo de consumo de 12 a 16 años y con menor frecuencia encontramos de 1 a 4 años en mujeres, de 8 a 12 y 12 a 16 años en hombre, de 20 a 24 años en mujeres y 28 a 32 años en hombres. Ilustración.4 Tabla 6



**Ilustración 4. Porcentajes de pacientes fumadores según el tiempo de consumo**

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. Fumador Habitual masculino  | 4.Fumador invertido femenino |
| 2. Fumador Habitual femenino   | 5. Ex fumador masculino      |
| 3. Fumador invertido masculino | 6.Ex fumador femenino        |

## **6.7. Número de cigarrillos por día**

En la frecuencia de número de cigarrillos consumidos por día en pacientes fumadores, se dividió de la siguiente forma: 1-2, 2-4, 4-6, 6-8, 8-10, 10-12, 12-14, y mas de 14 cigarrillos por día.

### **6.7.1 Distribución del numero de cigarrillos consumidos por día**

De las 93 historias de fumadores, el 52,2% son fumadores habituales masculinos de los cuales el 16% tiene el hábito de consumir de 1 a 2 cigarrillo por día, el 14% de 2 a 4 cigarrillos por día, y solo el 6,5% tenia un consumo superior a 14 cigarrillos por día. Del 35,8% de mujeres el 15,2% consume de 1 a 2 cigarrillos por día, el 5,4% de 8 a 10 cigarrillos por día, y un 2% más de 14 cigarrillos por día.

Tabla 7, Ilustración 5.

El 2% de fumadores invertidos tenían un tiempo de consumo de 12 a 14 cigarrillos por día y superior a 14 cigarrillos por día.

Del 10% de las historias clínicas correspondientes a pacientes ex fumadores: el 3,2% tenía un consumo de 1 a 2 cigarrillos por día siendo este el valor mas alto en

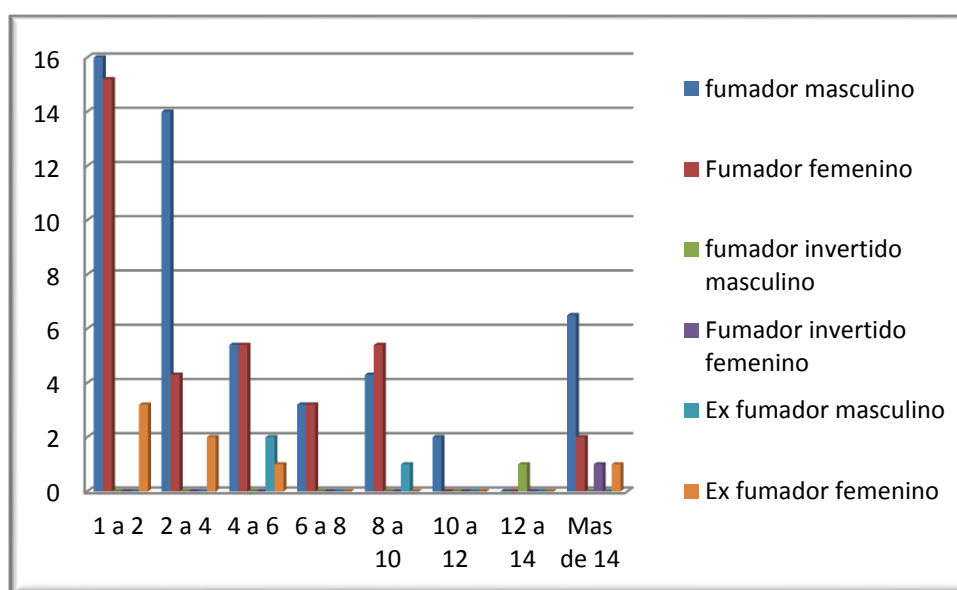


la población femenina, y en la masculina el 2% consume de 4 a 6 cigarrillos por día (Tabla 7).

**Tabla 7. Frecuencia de números de cigarrillos por día en pacientes fumadores: según el tipo de consumo y género**

Número de cigarrillos consumidos por día	Fumador Activo habitual				Fumador Activo invertido				Ex fumador habitual masculino				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
1-2	15*	16	14*	15,2	0	0	0	0	0	0	3	3,2	32	35,7
2-4	13*	14	4	4,3	0	0	0	0	0	0	2	2	19	20,6
4-6	5	5,4	5	5,4	0	0	0	0	2	2	1	1	13	14
6-8	3	3,2	3	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6,5
8-10	4	4,3	5	5,4	0	0	0	0	1	1	0	0	10	10,8
10-12	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
12-14	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Mas de 14	6*	6,5	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	10	10,8
Total	48	52,2	33	35,8	1	1	1	1	3	3,2	7	7,6	93	100

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa.



**Ilustración 5. Porcentaje en el número de cigarrillos consumidos por día: según el tipo de consumo y género**

### 6.7.2. Tiempo de Abandono del Hábito en ex fumadores

Para determinar el tiempo de abandono de los pacientes que padecieron del hábito de fumar, los valores que se utilizaron en años se clasificaron en 10 grupos, representados de la siguiente forma: 2, 2 a 4, 4 a 6, 6 a 8, 8 a 10, 10 a 12, 12 a 14, 14 a 16, 16 a 18, 18 a 20 y mas de 20 años.

El porcentaje encontrada fue lo siguiente: De los 10 ex fumadores, el 30% femenino tuvo un tiempo de abandono no superior a 2 años. Tabla 8.

**Tabla 8. Tiempo de abandono del cigarrillo y/o tabaco ex fumadores**

Tiempo de Abandono del Hábito en años	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
2	1	10	3*	30	4	40
2 a 4	-	-	-	-	-	-
4 a 6	-	-	-	-	-	-
6 a 8	-	-	1	10	1	10
8 a 10	-	-	-	-	-	-
10 a 12	-	-	1	10	1	10
12 a 14	1	10	-	-	1	10
14 a 16	-	-	-	-	-	-
16 a 18	-	-	1	10	1	10
18 a 20	-	-	-	-	-	-
Mas de 20	1	10	1	10	2	20
Total	3	30	7	70	10	100

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa, -No hay datos presentes.

## **6.8 Localización anatómica de las lesiones orales según el tipo de fumador.**

Para la distribución de las lesiones en cavidad oral se tuvo en cuenta si estas se localizaban en semimucosa, mucosa labial, mucosa yugal, Paladar, orofaringe, lengua, piso de Boca, encía y Glándulas salivales menores. Obteniendo los siguientes resultados: La zona mas afectada con 76,3% fue la encía y un 48,3% en mucosa yugal.

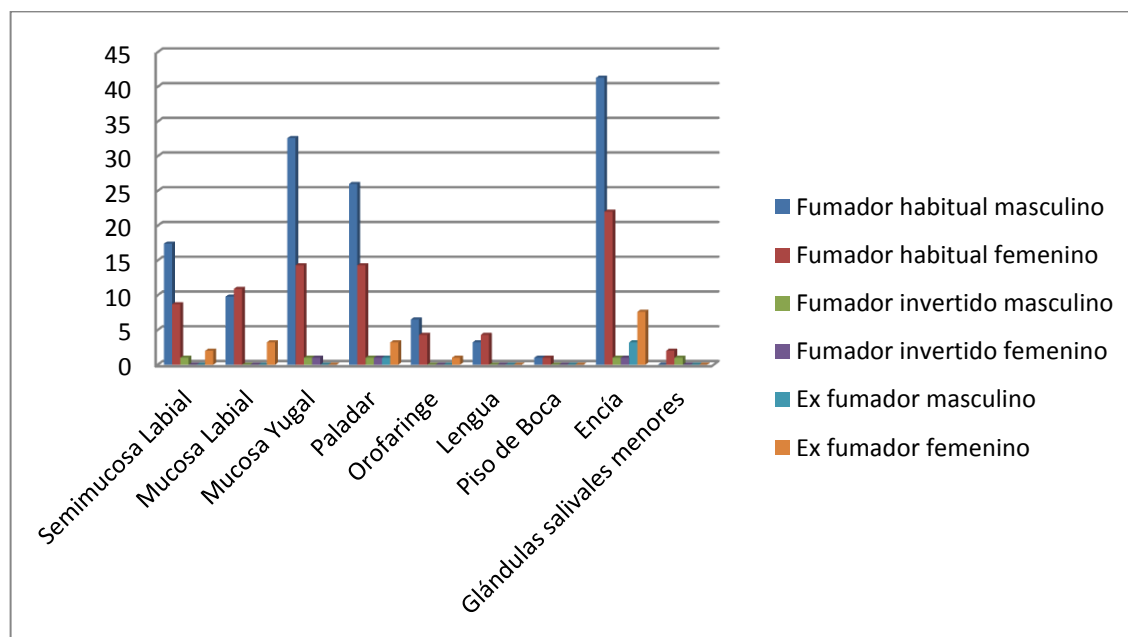
De las 93 historias clínicas el 41,3% de los fumadores habituales masculino presentaron lesiones en encía, el 32,6% en mucosa yugal, el 26% en paladar y 17,4% en semimucosa labial. Y en la población femenina el porcentaje presentado fue; el 22% en encía, y con igual resultado del 14,3% en paladar y mucosa yugal. Y Con menor distribución: piso de boca y glándulas salivales menores.

El 2% de fumadores invertidos presentaron lesiones en semimucosa, mucosa yugal, paladar, encía, y glándulas salivales menores. Tabla 9, Ilustración 6.

**Tabla 9. Frecuencia de lesiones elementales de acuerdo a la localización anatómica**

Estructura anatómica	Fumador activo habitual				Fumador activo invertido				Ex fumador habitual				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	No	%	No.	%		
Semimucosa Labial	16*	17,4	8	8,7	1	1	0	0	0	0	2	2	27	29
Mucosa Labial	9	9,8	10	10,9	0	0	0	0	0	0	3	3,2	22	24
Mucosa Yugal	30*	32,6	13*	14,3	1	1	1	1	0	0	0	0	45	48,3
Paladar	24*	26	13*	14,3	1	1	1	1	1	1	3	3,2	43	46,2
Orofaringe	6	6,5	4	4,3	0	0	0	0	0	0	1	1	11	12
Lengua	3	3,2	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7,6
Piso de Boca	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Encía	38*	41,3	21*	22	1	1	1	1	3	3,2	7	7,6	71	76,3
Glándulas salivales menores	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3,2

Fuente: Historias clínicas. \*Diferencia significativa.



**Ilustración 6. Porcentaje de lesiones orales de acuerdo a la localización anatómica: según el tipo de hábito**

Ex fumador femenino presento con un igual porcentaje del 3,2% en mucosa labial y paladar. Tabla 9.

## **6.9 Descripción de Lesiones orales.**

Descripción de lesiones en cavidad bucal según tipo de hábito y género, las lesiones de mayor presentación son: manchas por cigarrillo y/o tabaco, queratosis o placa, Nódulo, pápula, erosión, fisura, ulcera, ulceración, atrofia e hipertrofia.

Se obtuvo los siguientes resultados: de las 93 historias clínicas el 83,7% eritema, 72,8% mancha por cigarrillo y/o tabaco y 21,7% queratosis y/o placa.

Del 88,2% de fumadores habituales, el 43,4% corresponde a manchas de tipo vascular (eritema) y el 39% presento manchas por cigarrillo y/o tabaco en la población masculina. Las lesiones orales como: nódulos, pápulas o erosión no fueron significativas. En la población femenina el 31,5% presento eritema. Y con menor porcentaje la erosión, ulcera, ulceración e hipertrofia. Tabla 10.

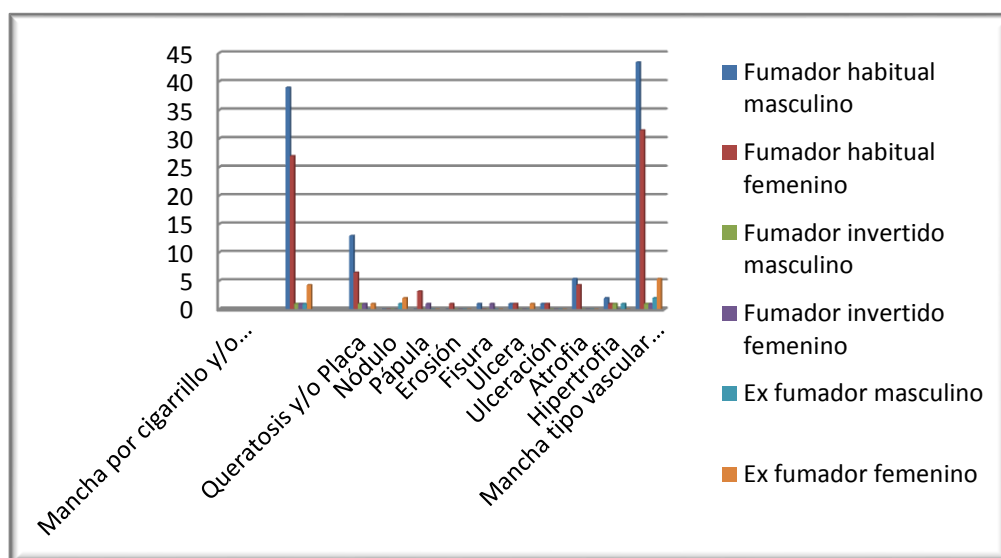
En Los pacientes con consumo del cigarrillo invertido, presentaron lesiones como manchas, queratosis, e hipertrofia.

En ex fumadoras presento mayores lesiones a nivel oral como eritema y manchas por cigarrillo y/o tabaco. Y con menor porcentaje nódulo e hipertrofia. Tabla 10. Ilustración 7.

**Tabla 10. Frecuencia de lesiones elementales según el tipo de consumo y género**

Lesión	Fumador Activo habitual masculino				Fumador Activo Invertido				Ex fumador habitual				Total	%
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Mancha por cigarrillo y/o tabaco	36*	39	25*	27	1	1	1	1	1	1	4	4,3	68	73
Queratosis y/o Placa	12*	13	6	6,5	1	1	1	1	0	0	1	1	21	22,5
Nódulo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3,2
Pápula	0	0	3	3,2	0	0	1	1	0	0	0	0	4	3,2
Erosión	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Fisura	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2
Úlcera	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	3,2
Úlceración	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Atrofia	5	5,4	4	4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9,7
Hipertrofia	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	5	5,4
Mancha tipo vascular (Eritema)	40*	43,4	29	31,5	1	1	1	1	2	2	5	5,4	78	83,8

Fuente: Historias Clínicas. \*Diferencia significativa.



**Ilustración 7. Porcentaje de lesiones elementales: según el tipo de consumo y género**

#### 6.10 Distribución de lesiones elementales orales anatómica

La distribución de lesiones elementales en cavidad oral de acuerdo a su localización anatómica, ya sea; semimucosa labial (superior e inferior), Mucosa Labial (superior e inferior), Mucosa Yugal (Derecha e Izquierda). Paladar (Duro y/o blando), Orofaringe (Pilares anteriores y/o posteriores), Lengua (Dorsal, lateral y/o ventral), Piso de Boca, Encía (superior e Inferior), Glándulas Salivales menores. Tabla 11.

Se obtuvieron los siguientes resultados: de los 68 casos de mancha por cigarrillo y/o tabaco, el 20,4% se encontró en mucosa yugal derecha, 11,2% estuvo

presente en paladar blando, 10,2% en mucosa yugal izquierda, 9,7% en el paladar duro, un 9% en encía inferior y 8,6% en encía. Tabla 11, Ilustración 8.

La mancha (eritema) con 78 casos, presento su mayor afección en encía superior con un 49,3% y encía inferior con un 31%, paladar duro con un 7,8%, con valores menores tenemos mucosa labial superior, orofaringe, cara dorsal de lengua. Ilustración 9.

La queratosis o placa con 21 casos, presento un mayor porcentaje en mucosa yugal derecha con un 40%, y un 20% en el paladar duro, un 8% en orofaringe, con valores menores se encontró en semimucosa labial inferior, mucosa labial superior, mucosa yugal izquierda, paladar blando, cara dorsal de lengua y encía inferior. Ilustración 10.

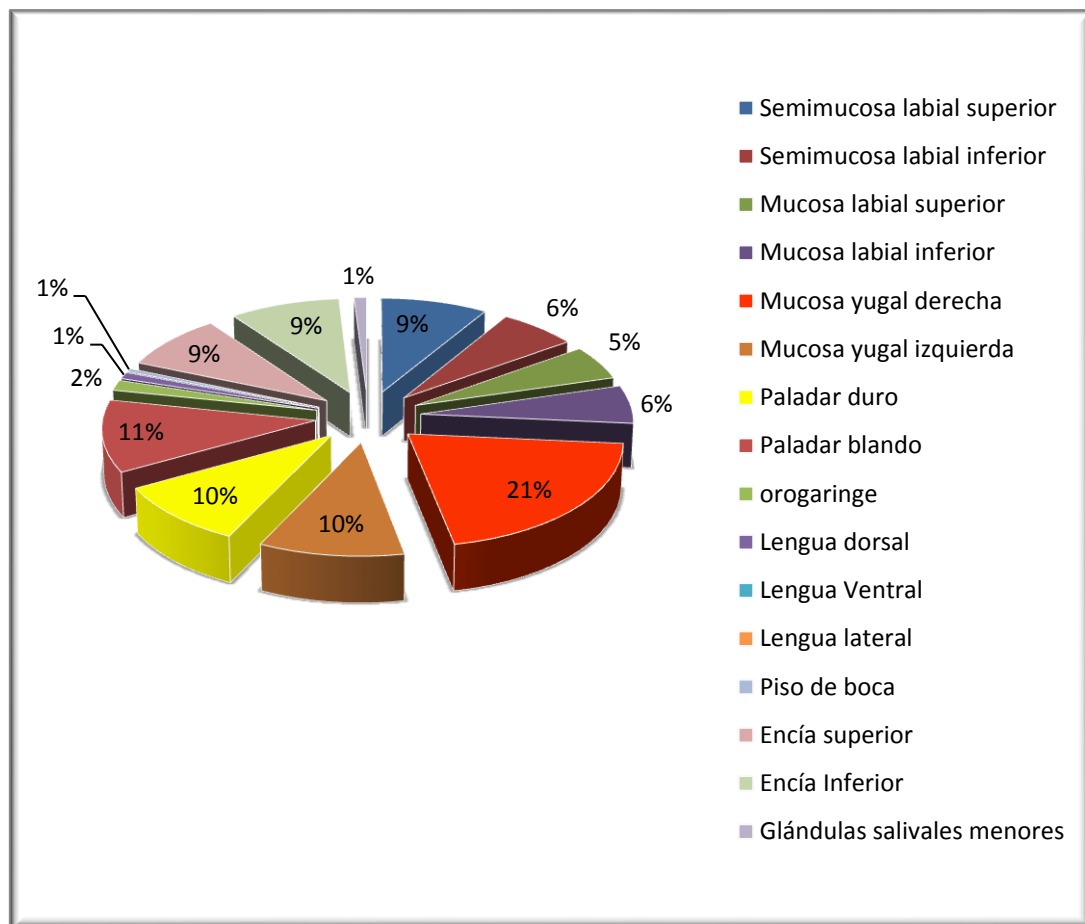
La atrofia con 9 casos, presento una distribución de un 50% en paladar duro y las glándulas salivales menores. La hipertrofia con cinco casos, presento un mayor porcentaje con un 50% cada uno en cara dorsal de lengua y glándulas salivales menores. La pápula con seis casos presento su mayor distribución en el paladar duro con un 33,3%, y con un menor porcentaje: mucosa labial superior, paladar blando y lengua. El nódulo con tres casos, presento un 75% en mucosa labial superior y un 25% en paladar duro.



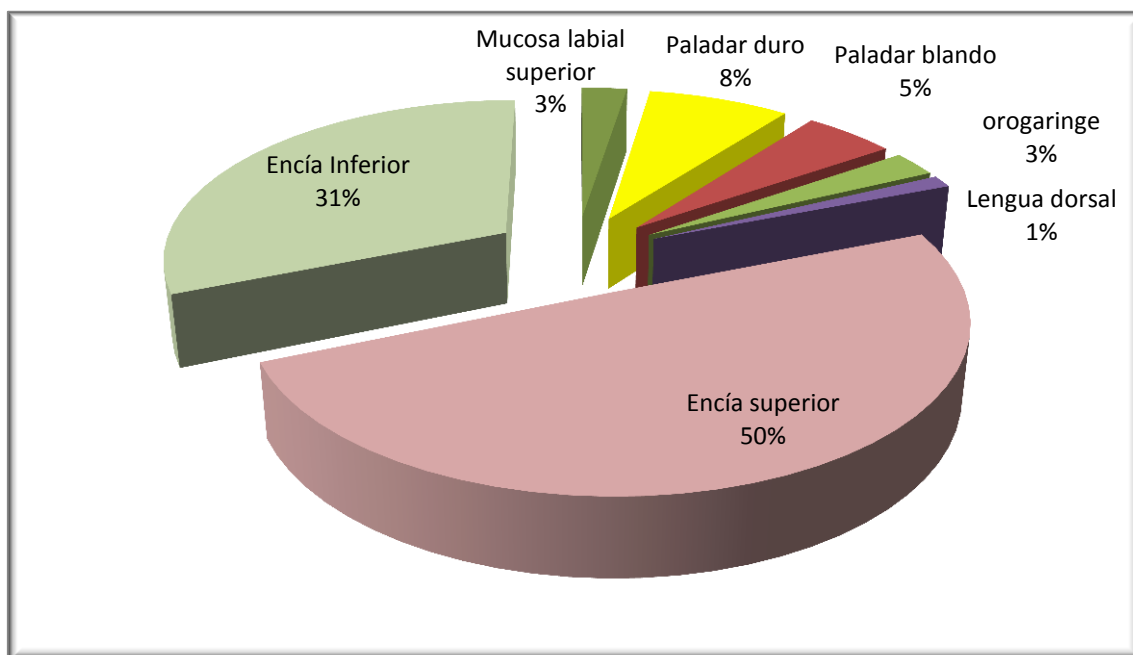
Tabla 11. Distribución de lesiones elementales primarias y/o secundarias en cavidad oral por el hábito de fumar.

Lesión	Semimucosa Labial		Mucosa Labial		Mucosa Yugal		Paladar		Orofaringe	Lengua			Piso de Boca	Encía		Glándulas salivales menores	Total
	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Derecho	Izquierdo	Duro	Blando		Dorsal	Ventral	Lateral		Superior	Inferior		
Mancha por cigarrillo y o/tabaco	8,7%	6,4%	5,3%	5,9%	20,4%	10,2%	9,7%	11,2%	1,6%	1%	0%	0%	0,5%	8,6%	9%	1%	100%
Queratosis o placa	0%	4%	12%	0%	40%	4%	20%	4%	8%	4%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	100%
Nódulo	0%	0%	75%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Pápula	0%	0%	16,6%	0%	0%	0%	33,3%	16,6%	16,6%	16,6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Erosión	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Mancha (Eritema)	0%	0%	2,5%	0%	0%	0%	7,8%	5%	2,5%	1,2%	0%	0%	0%	49,3%	31%	0%	100%
Fisura	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Úlcera	0%	0%	28,5%	0%	28,5%	0%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	14%	0%	100%
Ulceración	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Atrofia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	100%
Hipertrofia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	100%

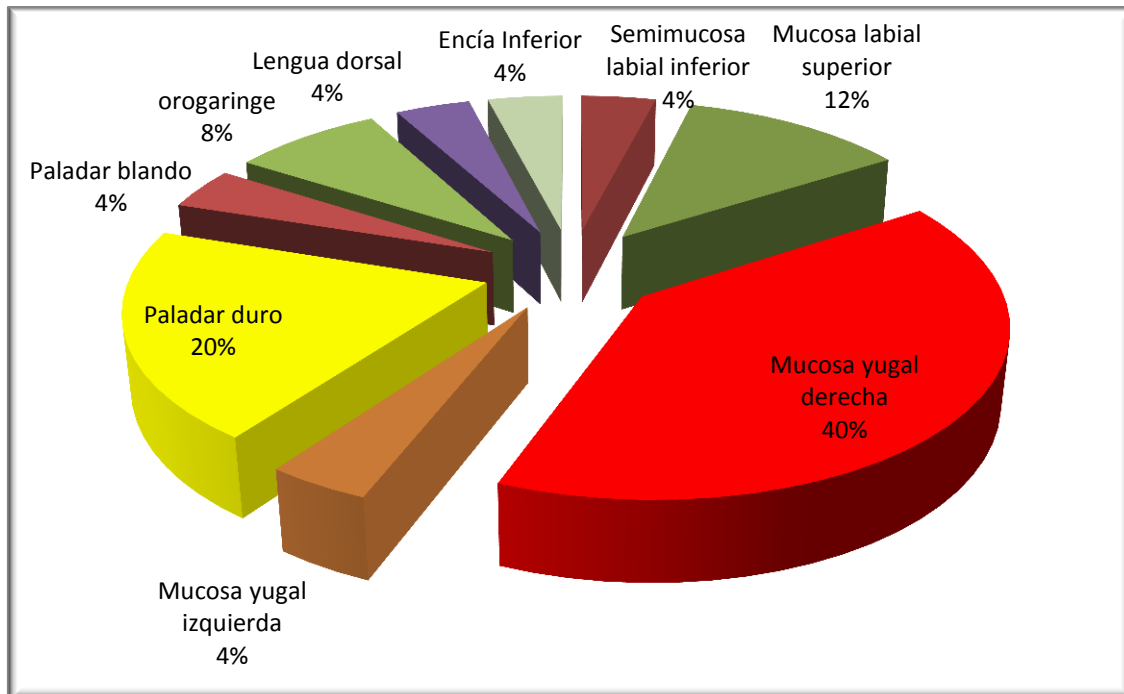
La ulcera con tres casos, presento con un mayor porcentaje de 28,5% cada uno en mucosa labial superior, mucosa yugal derecha, y con un 14% cada uno paladar duro, encía superior e inferior. Fisura con dos casos se presento en un 100% en el paladar duro. La erosión con un caso, se presento en su totalidad en mucosa labial superior. Tabla 12.



**Ilustración 8. Porcentaje de mancha por cigarrillo y/o tabaco según la ubicación anatómica**



**Ilustración 9. Porcentaje de mancha (eritema) según su ubicación anatómica**



**Ilustración 10. Porcentaje de queratosis o placa según su ubicación anatómica**

### **6.11 Lesión oral según el tiempo de consumo**

Para determinar la distribución de lesiones elementales según el tiempo de consumo en pacientes fumadores, se distribuyó el número de años del hábito del tabaquismo en 11 grupos de 1 a 4, 4 a 8, 8 a 12, 12 a 16, 16 a 20, 20 a 24, 24 a 28, 28 a 32, 32 a 36, 36 a 40 y más de 40 años.

Obteniendo los siguientes resultados: se presentó con un mayor porcentaje la mancha de tipo vascular con un 37,3% en los grupos de 1 a 4 años, el 10,8% de 4 a 8 años y de 16 a 20 años de consumo, continuando el 8,4% con 8 a 12 años.

En pacientes con historias de consumo de 1 a 4 años presentaron; un 20,5% la mancha por cigarrillo y de 16 a 20 años con un 14,4%.

El 4,8% de las queratosis se presentaron en pacientes con un tiempo de consumo 16 a 20 años, El 2,4% de las atrofas se presentaron en pacientes de 28 a 32, 36 a 40 y más de 40. Tabla 12.

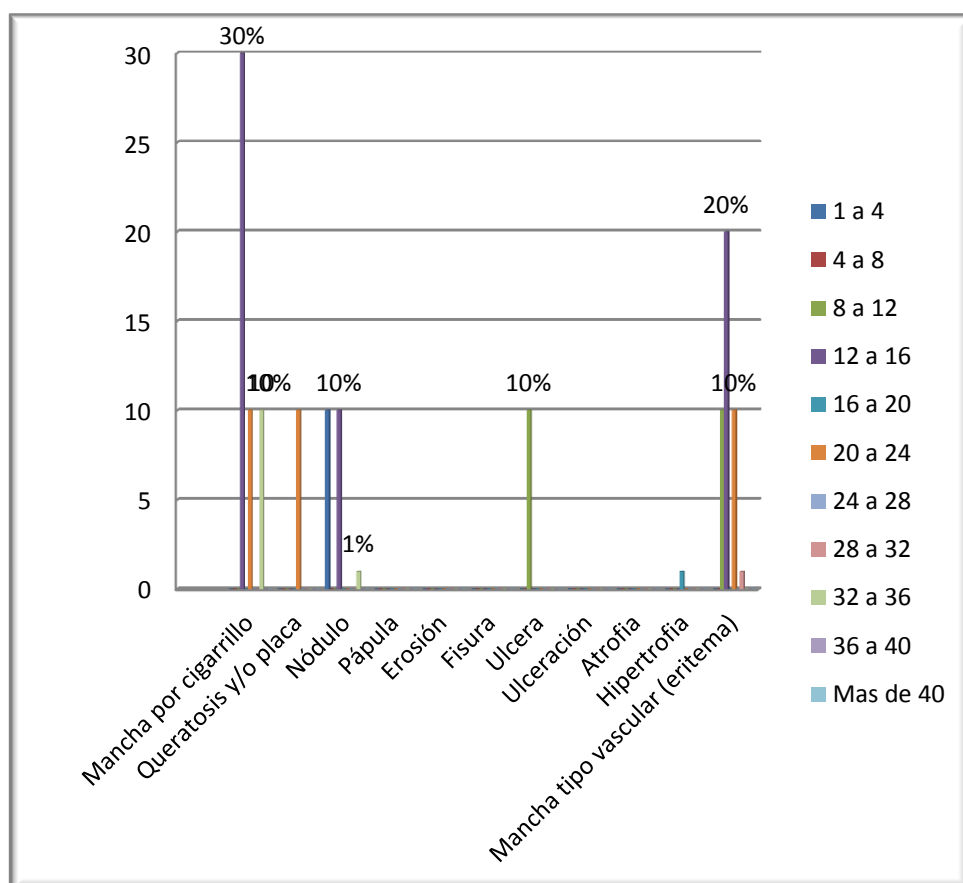
**Tabla 12. Frecuencia de lesiones elementales orales según el tiempo de consumo en años**

Lesión	1 a 4		4 a 8		8 a 12		12 a 16		16 a 20		20 a 24		24 a 28		28 a 32		32 a 36		36 a 40		Mas de 40		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Mancha por cigarrillo</b>	17*	20,5	5	6	11*	13,2	4	4,8	12*	14,4	0	0	3	3,6	2	2,4	4	4,8	3	3,6	2	2,4	63	76
<b>Queratosis y/o placa</b>	3	3,6	3	3,6	2	2,4	2	2,4	4	4,8	0	0	2	2,4	0	0	1	1,2	2	2,4	1	1,2	20	24
<b>Nódulo</b>	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,4
<b>Pápula</b>	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	1,2	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	1	1,2	4	4,8
<b>Erosión</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2
<b>Fisura</b>	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,4
<b>Úlcera</b>	2	2,4	0	0	0	0	0	0	1	1,2	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4,8
<b>Úlceración</b>	1	1,2	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,4
<b>Atrofia</b>	0	0	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	0	0	2	2,4	1	1,2	2	2,4	2	2,4	9	10,8
<b>Hipertrofia</b>	0	0	0	0	2	2,4	0	0	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	0	0	0	0	0	0	4	4,8
<b>Mancha tipo vascular (eritema)</b>	31*	37,3	9	10,8	7	8,4	4	4,8	9	10,8	0	0	3	3,6	3	3,6	1	1,2	3	3,6	1	1,2	71	85,5

**Fuente: Historias Clínicas.**

**\*Diferencia significativa**

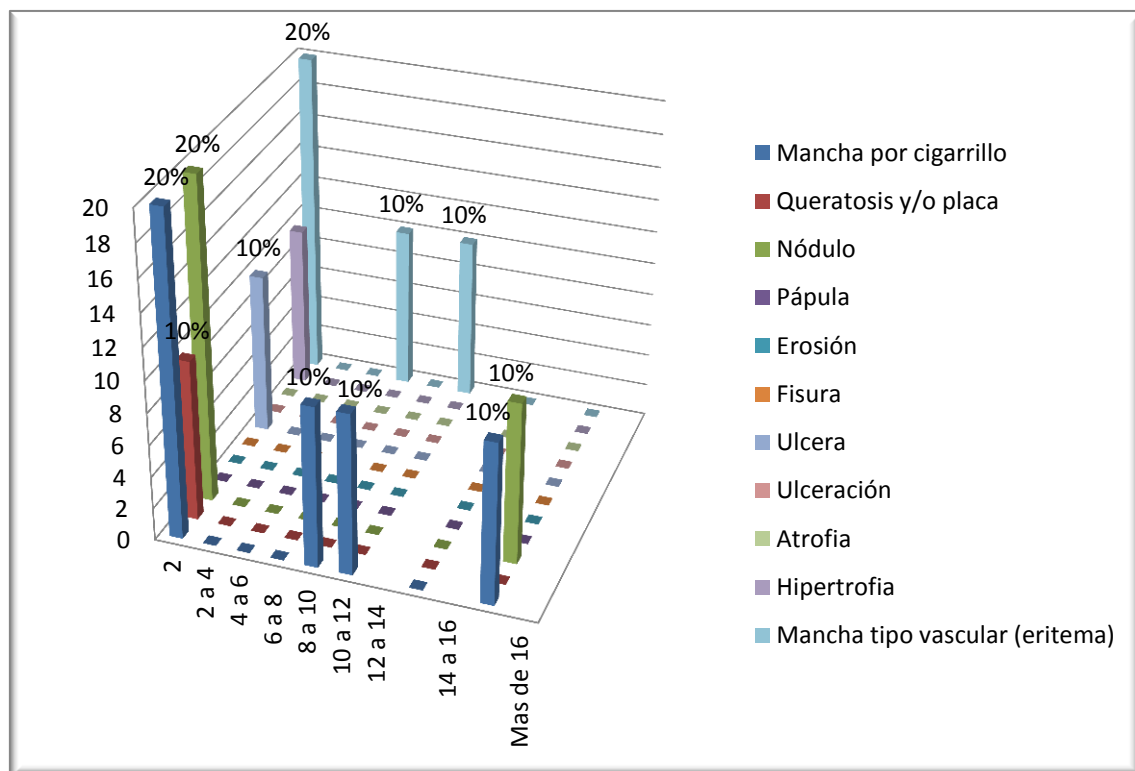
De las 93 historias clínicas el 10% de los pacientes ex fumadores se presentaron lesiones orales de acuerdo al tiempo de consumo: de 12 a 16 años con un 30% manchas por cigarrillo y con un 20% eritema. Ilustración 11.



**Ilustración 11. Distribución de lesiones elementales según el tiempo de consumo en pacientes ex fumadores**

De acuerdo a la lesión elemental presentada en pacientes ex fumadores según el tiempo de abandono del hábito del tabaquismo en número de años, se obtuvo los siguientes resultados:

Con 2 años de abandono del hábito del tabaquismo, el 20% de los pacientes presentaron mancha por cigarrillo, nódulo y mancha de tipo vascular. Ilustración 12.



**Ilustración 12. Porcentaje de lesiones orales según el tiempo de abandono.**

**Impresión Diagnóstica:** la frecuencia será determinada si presento alteraciones periodontales, y/o patologías que afectan al aparato estomatognático.

De las 93 historias clínicas el 54% de las patologías corresponden a alteraciones periodontales como gingivitis asociada a placa dento bacteriana sin otros factores contribuyentes, de los cuales el 31,5% son fumadores habituales masculinos, 15,2% fumadores habituales femeninos, 1% fumador invertido, 4,3% ex fumador femenino, 2% ex fumador masculino. El 25% de periodontitis local crónica, se encontraron con un 10,8% en paciente fumadores habituales femeninos. Y un 7,6% masculino. Del 4,3% de las candidiasis el 2% fue presentado tanto en hombre como mujeres. Tabla 15.

El 22,5% de los pacientes presento melanosis del fumador de los cuales el 12% femenino y el 9,8%. El 19,3% de estomatitis por cigarrillo y/o tabaco el 10,8% se presento en la población masculina y el 6,5% en mujeres. El 13% de las palatinitis nicotínica el 5,4% fueron hombres y el 3,2% corresponde al género femenino, El 10,7% de las leucoplasias el mayor porcentaje presentado fue el masculino con un 6,5%.



**Tabla 13. Frecuencia en la impresión diagnóstica de pacientes fumadores.**

Impresión diagnostica	Fumador Activo habitual				Fumador Activo invertido				Ex fumador masculino		Ex fumador femenino		Total	%
	Masculino		Femenino		Masculi no		Femeni no							
	N o.	%	N o.	%	N o	%	N o.	%	N o.	%	N o	%	No	%
Gingivitis asociada a placa dento bacteriana sin otros factores contribuyentes	29	31,5	14	15,2	1	1	0	0	2	2	4	4,3	50	54
Gingivitis asociada a placa dento bacteriana con otros factores contribuyentes	5	5,4	4	4,3	0	0	0	0	2	2	4	4,3	14	15
Periodontitis local agresiva	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Periodontitis general Agresiva	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Periodontitis local crónica	7	7,6	10	10,8	1	1	0	0	2	2	3	3,2	23	25
Periodontitis general crónica	4	4,3	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	7	7,6
Palatinitis del fumador	5	5,4	3	3,2	1	1	1	1	1	1	0	0	12	13
Estomatitis por cigarrillo y/o tabaco	10	10,8	6	6,5	0	0	1	1	0	0	1	1	18	19,3
Hipertrofia de glándulas salivales menores	1	1	7	7,6	0	0	0	0	1	1	2	2	11	12
Melanosis del fumador	9	9,8	11	12	0	0	1	1	0	0	0	0	21	22,5
Leucoplasia	6	6,5	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	10	10,7
Eritoplasia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer en cavidad oral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros :	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4,3
Candidiasis														
Lengua pilosa	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Aftas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Edentulismo	2	2	5	5,4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7,4

**Fuente: Historia Clínica. \*Diferencia significativa.**

Diagnostico definitivo: En la presentación de los datos, el paciente masculino fumador activo de tipo habitual presento Tumor Maligno epitelial, piso de boca, lado derecho.

## 7. DISCUSION

En la presente investigación de alteraciones de la mucosa bucal en pacientes fumadores que asistieron a la clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, según su modalidad de consumo. Se observó en las 93 historias clínicas, una Frecuencia de lesiones orales del 90,3% y de ausencia con un 9,6%, de los cuales el 6,4% fueron ex fumadores, coincidiendo con los datos reportados por Rodríguez E,<sup>36</sup> los que abandonan el hábito del tabaquismo, tienen una mayor posibilidad de que las lesiones orales logren desaparecer sin embargo un 3,2% de estos pacientes presentaban lesiones en la mucosa bucal.

La población que sobresalió con un valor no muy alto fue la masculina con un 56,4%, encontrándose en un grupo etáreo entre 17 y 25 años de edad, las mujeres se distinguieron por encontrarse entre el grupo etáreo entre 41 y 50 años de edad. La frecuencia de los dos grupos es comparable, a pesar del que género masculino todavía predomina. A pesar que Martínez A,<sup>37</sup> en su estudio de cáncer oral, relacionando el tabaquismo encontró que el 17% correspondían a la población masculina y el 7,3% era femenina. Confirmando que existe la presencia del hábito en el género femenina. En otros estudios como el realizado por González María y Bessone Gabriela<sup>38</sup>, el cual estableció

---

<sup>36</sup> Rodríguez E. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. Instituto superior de ciencias medicas de la habana.2006.

<sup>37</sup> Martínez A, Op.cit., p. 19.

<sup>38</sup> González M. Op.cit., p.19.

que las mujeres han igualado o incrementado el consumo del cigarrillo y/o tabaco al sexo masculino, siendo esto relativamente comparable con los resultados obtenidos en este estudio.

Los ex fumadores, la mayoría se encontró entre la cuarta y quinta década de vida, al contrario de lo que presento el “III estudio Nacional de Salud bucal” realizado en 1998<sup>39</sup>, en que el panorama revela que un 4% entre la segunda y tercera década de vida han dejado el habito4%. Al contrario del resto de edades.

Se encontraron dos casos de pacientes fumadores invertidos, que corresponden al 2% de la muestra, por tanto afirma que aun en nuestra costa Caribe podemos encontrar pacientes que tienen la costumbre de fumar con la brasa del cigarrillo dentro de la cavidad bucal, así que Rivera hidalgo, en algunas partes de América latina, observo que es característico encontrar estos tipos de pacientes en estas regiones, lo cual ha sido confirmado con algunos estudios como los de la Universidad de Cartagena, por Martínez Adel y col.<sup>40</sup> Los cuales hallaron 42% de fumadores invertidos, y ahora la Universidad del Magdalena revela la presencia de estos fumadores, pues bien es evidente que todavía se mantiene este tipo de hábito en el territorio nacional sin tener en cuenta que esto puede conllevarle a alteraciones de tipo premaligno y/o maligno.

---

<sup>39</sup> Ministerio de Salud. Op.cit., p.28.

<sup>40</sup> Martínez A. Op.cit., p.19.

Los datos obtenidos sobre pacientes fumadores invertidos, se encontró que uno de ellos proviene de ciénaga Magdalena a propósito en el estudio realizado por Martínez Adel y col, encontraron que este último tipo de paciente es característico de las zonas rurales. Además la ocupación que tiene esta paciente es de lavandera, coincidiendo con la investigación del mismo, indicando que estos pacientes por la exigencia de su oficio adquieren el hábito de fumar invertido, lo cual pertenece a la cuarta y quinta década de vida.

En los otros casos se encontró que las ocupaciones de mayor porcentaje eran oficios varios con 27% de las historias clínicas y las amas de casa debido a que tienen una situación laboral poco estable, proporcionándoles un mayor tiempo para el consumo del cigarrillo y/o tabaco, lo cual coincide con los resultados obtenidos por la Universidad de Cartagena, enunciaron que estos tipos de ocupación también eran relativamente altos con 40,6% de la muestra que estos obtuvieron.

En aquellos casos que su consumo superaba a los 12 cigarrillos por día como en los fumadores invertidos con un tiempo de consumo de 24 a 28 años, y mas de 40 años, fue característico encontrar lesiones de tipo premaligno como la Leucoplasia oral acompañado de lesiones como fisuras, pigmentaciones, eritema y queratosis del paladar, al igual que en el estudio de Santos Alba J,<sup>41</sup> que afirma que los irritantes del cigarrillo y/o tabaco hacen que exista una susceptibilidad aumentada en la mucosa bucal.

---

<sup>41</sup> Santo Alba J. Op.cit., p. 16.

Por otro lado en los pacientes fumadores se encontró que hay un mayor daño a la estructura del paladar, continuando con semimucosa, mucosa labial caracterizada por lesiones elementales como manchas y queratosis, otro tipo de daño fue a la encía, aunque los factores contribuyentes fue la presencia de placa dentobacteriana, de acuerdo con algunos autores lo cuales mencionan que la poca oxigenación que causa el humo del cigarrillo en la cavidad bucal provoca un mayor índice de placa y caries, lo cual puede estar correlacionada con esta patología, convirtiéndose un factor de riesgo en estos pacientes, algunos investigaciones como Efectos del tabaco en la boca elaborado por la freehosting en el 2003, mencionan que al observar la enfermedad periodontal entre pacientes que tiene este hábito, es mayor que aquellos que no lo tienen o que lo han abandonado, coincidiendo además con algunas reportes de Paz Latorgue E.<sup>42</sup>

Por lo tanto las patologías que mayor porcentaje presentaron fueron: las enfermedades periodontales; con el diagnostico presuntivo de gingivitis asociada a placa dentobacteriana sin otros factores contribuyentes, ya que eximen el habito de fumar como factor contribuyente pero no lo excluye entre los factores de riesgo. Corroborando en algunos estudios que durante las dos últimas décadas de vida el hábito de fumar es probablemente un factor de riesgo para el periodonto, según lo expuesto por Toletto Pimental B,<sup>43</sup> ya que tienen una mayor probabilidad de presentar enfermedades bucales, que los no fumadores. Y entre otras patologías de mayor relación, tenemos; melanosis

---

<sup>42</sup> Latorgue Paz E. Riesgos periodontales. 2001.

<sup>43</sup> Toletto Pimental B. Tabaquismo y Enfermedad Periodontal. Rev. Cubana med Milt. 2002. Vol.31,p. 94

del fumador, estomatitis por tabaco y palatinitis del fumador, lo cual coincide en las manifestaciones de mayor predominio en los pacientes con el hábito de fumar siendo enunciado en estudios como el de Santos de Alba Jesús en su publicación “influencia del tabaco en los tejidos bucales”. Y por Rodríguez L, quien afirma que el 30% de la población que fuma padece esta afección. Siendo frecuente en la encía. Hay que contribuir que el primer contacto con el humo del cigarrillo de un paciente fumador, es la cavidad bucal y que serán evidentes alteraciones en ellas, indicando que se inicia un proceso patológico, que con el tiempo puede convertirse en un limitante en la estructura bucal. Indicando que ya debe existir una vigilancia o control en estos casos, ya que tienen un mayor promedio de manifestar en lesiones de largo tiempo, como una lesión de tipo premaligno y/o de tipo maligno.

## **8. CONCLUSIONES**

Mediante esta investigación realizada en la clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, podemos concluir que el consumo del cigarrillo y/o tabaco ha sido igualado o superado por la población femenina, y por una población cada vez mas joven. Ya que son pocos los que han dejado el hábito.

Por consiguiente las lesiones encontradas en cavidad bucal coinciden con la exposición inicial a los componentes del cigarrillo, como manchas a causa del cigarrillo y/o tabaco. Y En aquellos que tuvieron un mayor tiempo de consumo fueron encontradas lesiones de tipo premaligno y maligno.

A su vez en pacientes ex fumadores se encuentra que después de haber dejado el hábito de fumar las lesiones van desapareciendo paulatinamente, entre mayor sea el tiempo de abandono serán menos las alteraciones a la mucosa oral.

Si embargo en pacientes fumadores invertidos y en aquellos que han persistido con su vicio se ha encontrado una clara correlación de lesiones a largo plazo en la mucosa oral, ya que los componentes del cigarrillo atacan con una mayor



agresividad a los tejidos bucales provocando en ellas lesiones de tipo premaligno.

Por ende hay que tener en cuenta que todas las sustancias que contiene el cigarrillo y/o tabaco actúan como irritantes en la mucosa bucal, y por esto se debe tener en cuenta en el momento del examen clínico intraoral que se realiza a nuestro paciente en la consulta diaria, ya que por medio de técnicas exploratorias como la inspección, palpación y olfacción, es posible detectarlas desde el momento que el paciente abre la boca, adquiriendo así, por las sustancias del cigarrillos; lesiones pigmentarias, como primer resultado del habito, hasta una queratosis o placa o una ulcera, como lesiones de tipo premaligno y maligno, que pueden alterar la vida del paciente.

## **9. RECOMENDACIONES**

El hábito de fumar no es mas que una dependencia física, fisiológica y psicológica a unas sustancias de tipo aditivo incorporadas al cigarrillo y/o tabaco, lo que dificulta el abandono, Además la influencia cultural que existe de este elemento incorpora que la población lo trate como algo natural, se puede observar personas fumando en la televisión, en la calle, en el trabajo, en bares, en sitios público, provocando que este elemento sea incorporado a los diferentes estilos de vida. Y también sus bajos costos hacen que se pueda adquirir con mayor facilidad.

Debido a esto hay que plantear nuevas estrategias para informar a todos los pacientes que acuden a la clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena sobre las lesiones y alteraciones que este habito le puede causar, ya que son mas conocidas las lesiones que se adquieren a nivel pulmonar, que aquellas que se adquieren a nivel oral.

En la Clínica Odontológica de la Universidad del Magdalena, puede plantearse un programa de prevención y promoción contra el tabaquismo, orientando a estos pacientes de las sustancias que ingiere al saborear el humo del cigarrillo tanto dentro de la cavidad oral, como las consecuencias, en el sistema respiratorio, sistema cardiaco, digestivo, entre otros mas. Además lograr

extender la promoción y prevención en colegios para las poblaciones infantiles, preadolescentes y adolescentes, ir evitando el consumo en poblaciones jóvenes, e impedir en el futuro este tipo de adicción en una población ya adulta, utilizando para esto equipos multidisciplinarios entre enfermeros, psicólogos, médicos y odontólogos. Y reunir todos los puntos de vista, que ellos pueden ofrecer para aliviar este mal, recordando que el cáncer de pulmón esta en el tercer puesto de muertes prevenible en el mundo y el carcinoma escoma celular bucal se encuentra en quinto lugar.

## Referente Bibliográfico

1. **Bascones Martínez A. y Otros** -. Lesiones pre cancerosas de la mucosa bucal: Leucoplasia- Tratado de Odontología. Madrid. Ed. Avances, 1998.
2. **Bernal Baláez A.** M. Sc, PhD y col. Epidemiología del cáncer bucal en Colombia. Análisis de los reportes de la distribución y frecuencia 1989-97. Disponible <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/odont59-001-198-epidem2.htm>. Recuperado: 15 de Marzo del 2006.
3. **Bernal Baláez, A.E.** Y Montes Campuzano, V.H.: Reflexiones sobre el cáncer bucal en Colombia. Revista de la Federación Odontológica Colombiana No. 187. Nov./95 - Marzo/96. PÁG.29
4. **Boer, mf. , Sanderson, Damhius, ra. , Meeuwis, ca, and Knag, pp:** The effects of alcohol and smoking upon the age, anatomic sites and stage in the development of cancer of the cavity and oropharynx in females in the south west Netherlands. Eur-Arch-Otorhinolaryngol. 1997.
5. **Ceccotti E.** Prevención del cáncer oral. Clínica Estomatologica. Med. Panamericana. 2000. Cap.27. p.239.275.
6. **Christen A, Mc Donald J, Christen J,** The impact of tobacco use and cessation on nonmalignant and precancerous oral and dental diseases conditions lessions. A comprhensive review. Department of preventive and community dentistry. Indianapolis. Indiana. 1991.
7. **Efectos del Tabaco en la Boca.** 2003. Disponible: [http://www.lasprovincias.es/valencia/prensa/20070608/ocio/efectos-tabaco-boca\\_20070608.html](http://www.lasprovincias.es/valencia/prensa/20070608/ocio/efectos-tabaco-boca_20070608.html). Recuperado 19 de Febrero del 2007.  
<http://www.tabaquismo.freehosting.net/Bocoral/Boca.htm>

8. **El Tabaquismo y sus Consecuencias.** 2000. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos/probtabaco/probtabaco.shtml>. Recuperado el 1 de septiembre del 2006.
9. El tabaquismo y sus efectos en la cavidad oral. Epidemiologia descriptiva del cáncer de cavidad bucal. Rev. Instituto Nacional de cancerología. 1997. Vol.43.
10. **Fernández Garrote I, Graupera Boschmonar m, Alvarez yg, Ciulli mi, García, Rodríguez rc.** Cáncer survival in Cuba. En: Sankanarayanan R, Black RJ.
11. **González, María M. - Bessone, Gabriela G. - Guiglion, María a.** 2006 Relación del estado de salud de la mucosa bucal con el hábito de fumar en alumnos aspirantes a la Carrera de Odontología. (Parte I). Disponible: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-012.pdf>. recuperado: 19 de febrero del 2007.
12. **Hernández J.** (2003). Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: características y percepciones. Universidad del Valle. Disponible: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol37No1/Cm37n1%20html/Cm37n1a4.htm>. Recuperado: 4 de mayo del 2006.
13. **Joseph a, Regezi. James J. Sciubba.** PATOLOGIA BUCAL. Tercera Edición. Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana. p.p. 93-95.
14. **Latorge Paz E. I.** 2001. El tabaquismo y El Riesgo periodontal. Periodontology 2000. Vol. 28.
15. **León Margínese Ernesto et al.** (1993). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal.
16. **Londoño Juan Guillermo.** Consumo del Cigarrillo en Colombia. Periódico El Tiempo. Disponible: <http://www.eltiempo.com/salud/noticias.html> Recuperado: 19 de febrero del 2007.
17. **Martínez A, Carmona C, Medina E.** -Comportamiento del cáncer oral en los pacientes atendidos en la unidad de Estomatología del Hospital Universitario de Cartagena entre enero de 1991 y diciembre

de 1998 - Facultad de odontología. Universitaria de Cartagena. Revista Colombiana de Neumología-VOLUMEN 12 -Nº 1, MARZO de 2000.

18. **Ministerio de Salud.** III Estudio Nacional de Salud Bucal. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Tomo II: Tabaquismo. Serie Documentos Técnicos. Bogotá: Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría; 1999.
19. Montaner Jordi. Tabaco y saliva coctel de riesgo. Diario consuma seguridad. Disponible: <http://www.consumaseguridad.com/sociedad-y-consumo>. Recuperado. Junio 6 del 2006.
20. **Pérez Ríos patricia, Pérez Carrillo María, Becerril Ramírez a. y psic. Ocampo Angélica-** Importancia de la Prevención y Detección de las lesiones bucales por uso de tabaco - Serv. de Estomatología de la Unidad de Dermatología- Hospital general de México. 2003.
21. **Persson, Lena** - Le tabagisme augmente le risque de complications buccales et dentaire- Centre Suédois pour la Prévention du Tabac.
22. **Peto r, López ad, Boreham J, Thun m, Heath c, jr.** Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimations from national vital.
23. **Pindborg, J. J.:** Atlas de las enfermedades de la mucosa oral. 4 ed. Barcelona: Salvat, 1989. p. 74 – 86, 88, 90 – 93.
24. R.N Iazzari. Semiología Odontológica. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. 1989. pp. 30-38.
25. **Rodríguez Lozano F.** Consumo de tabaco y patología odontoestomatologica. Tratado de tabaquismo. p.p. 155-163.
26. **Santos J.** (26 febrero 2004). El terrible tabaco. Disponible: URL <http://www.sintabaco.org>. Recuperado: 4 de mayo del 2006.
27. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponible:

[http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm). Recuperado. 15 de Enero 2004.

28. Toledo Pimental Bárbara, González Díaz María Elena, Tarraú Alfonso, Pérez Carrillo Aleida y et al. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev. Cubana Med Milit. 2002; 31(2):94-9 pg. Disponible. [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31\\_2\\_](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_2_). Recuperado. 17 octubre del 2007.
29. Universidad Nacional del nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2005. Disponible:  
<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-022.pdf>.  
Recuperado. 13 de enero 2005.
30. **WG.** LEVY, Shaffer. Tratado de Patología Bucal 2da Edición. México. Editorial interamericana. 1986- pp.940.

Anexo No. A

Fotografías



## GALERIA DE FOTOS



Foto 1. Palatinitis por tabaco



Foto 2. Estomatitis por Tabaco



Foto 3. Leucoplasia Simple



Foto 4. Hipertrofia de Glándulas Salivales Menores

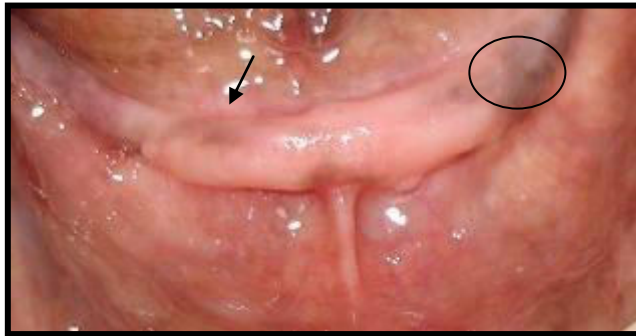


Foto 5.  
Melanosis del  
fumador



Foto 6.  
Estomatitis por  
tabaco

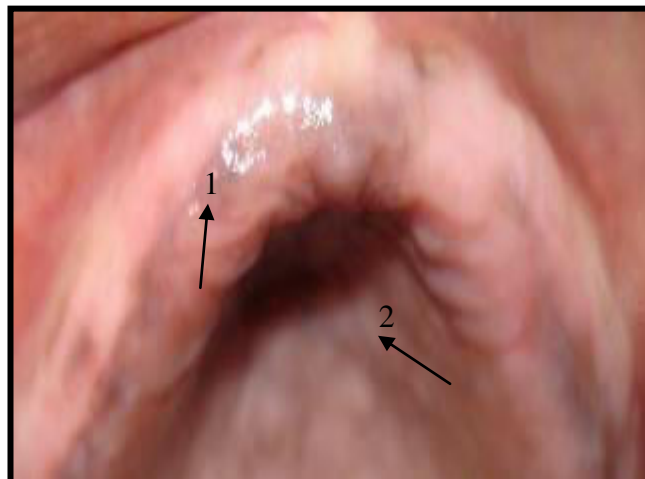


Foto 7.  
1. Melanosis del  
Fumador.  
2. Palatinitis del  
Fumador



Foto 8.

1. Queratosis del paladar asociada con fumar al revés

Anexo No. B

Encuesta

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ODONTOLOGIA**

**DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍAS ORALES EN PACIENTES CON EL  
HÁBITO DE FUMAR QUE ASISTIERON A CONSULTA EXTERNA EN LA  
CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA.  
2007**

Número de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Edad del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐

Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

**I. Antecedentes**

1. Fumador Actual: Si ☐ No ☐

2. Tipo de Fumador:  
a. Habitual ☐

b. Invertido ☐

3. Para Pacientes que dejaron de Fumar, hace cuanto dejó el consumo del cigarrillo  
y/o tabaco: años  meses  días

4. Número de cigarrillos consumidos por día:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mas: \_\_\_\_\_

5. Tiempo que lleva (o) fumando: \_\_\_\_\_

II. Hallazgos clínicos en mucosa bucal

1 Semimucosa Labial:

---

---

---

---

2. Mucosa Labial

---

---

---

---

3. Mucosa Yugal:

---

---

---

---

4. Paladar Duro y Blando:

---

---

---

---

5. Orofaringe:

---

---

---

---

6. Lengua:

---

---

---

---

7. Piso de boca:

---

---

---

---

8. Encía:

---

---

---

---

9. Glándulas Salivales Menores:

---

---

---

---

Otras:

---

---

---

---

## II. Impresión Diagnostico

Enfermedad Periodontal	Gingivitis asociada a placa dentobacteriana Sin otros factores Contribuyentes	
	Gingivitis Asociada a Placa dentobacteriana con otros factores contribuyentes	
	Periodontitis Agresiva Local	
	Periodontitis Agresiva Generalizada	
	Periodontitis Crónica Localizada	

	Periodontitis Crónica Generalizada	
Palatinitis del Fumador		
Estomatitis por Tabaco		
Hipertrofia de Glándulas Salivales menores		
Melanosis del Fumador		
Candidiasis		
Leucoplasia		
Eritoplasia		
Cáncer en cavidad Bucal		

Otras:

---



---

### III. Exámenes Complementarios

Biopsia Incisional	
Biopsia Excisional	

Otras:

---

### IV. Diagnostico Definitivo (de biopsia)

---



---



---



Anexo No. C

Historia Clínica



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**  
**CLINICA ODONTOLOGICA UNIVERSITARIA-VIII-IX**  
**HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA DE CONSULTA EXTERNA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Historia N° \_\_\_\_\_

Estudiante Responsable: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACION**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo y número de identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_

**2. ANAMNESIS**

**2.1 Motivo de Consulta:**

---

---

---

---

**2.2 Historia de la Enfermedad Actual:**

---

---

---

---

---

---

---

---

### 2.3 Antecedentes Médicos Personales:

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general note-taking. There are no margins, text, or other markings on the page.

# ODONTOLOGICO

### Higiene Oral:

Nº de Cepillado dental: \_\_\_\_\_ Usa seda \_\_\_\_\_ Usa enjuague Bucal: \_\_\_\_\_

Le han aplicado Flúor \_\_\_\_\_ Le han aplicado sellantes: \_\_\_\_\_

## 2.4 HABITOS Y VICIOS

## 2.5 ANTECEDENTES FAMILIARES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

---

---

---

---

---

---

## 2.6 REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

## 2.6 REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.




[illegible]

## EXAMEN FISICO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## ODONTOGRAMA

## Convenciones

Convenciones		Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada	I	Azul
DSGTSGFExodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indic.	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada	$\Delta$	Azul
Endodoncia indicada	$\Delta$	Rojo
Sellante presente	s	Azul
Sellante indicado	s	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Corona buen estado	o	Azul





[illegible]

### HALLAZGOS CLINICOS:

[illegible]

[illegible]

#### 4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

## 5. EXAMENES COMPLEMENTARIOS O AYUDAS DIAGNOSTICAS

## 5.1 Imagenologías

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible][illegible]

---

---

---

---

---

---

## 7. PRONÓSTICO:

[illegible]

## 8. PLAN DE TRATAMIENTO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## 9. INTERCONSULTA Y REMISIONES

[illegible]

---

---

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación Anexo de Operatoria \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación Anexo de Periodoncia \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación Anexo de Endodoncia \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación Anexo de Cirugía \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación Anexo de Rehabilitación \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN HISTORIA CLINICA (Semiología): \_\_\_\_\_



En este documento usted encontrará información que debe conocer para autorizar su tratamiento. La atención brindada en esta institución es de tipo DOCENTE ASISTENCIAL lo cual quiere decir que la persona que realizara su tratamiento es un estudiante de odontología, asesorado por un odontólogo profesional, docente, quien en algunos casos también lo atenderá.

Por tratarse de una actividad pedagógica., los procedimientos:

- Se realizaran frecuentemente en un tiempo mas prolongado, si lo comparamos con un consultorio particular o institución no universitaria.
- Pueden ser terminados en unos o mas semestres y, en ese caso, usted podría ser asignado a otro estudiante.
- Requieren una serie de pasos que deben ser presentados y aprobados por el docente.
- Algunas veces se remiten a un estudiante de otro semestre o de postgrado, es decir que su tratamiento puede ser finalizado por un estudiante diferente al que inicialmente atendió.

Entre las ventajas de este modelo de atención se encuentran: la supervisión permanente a cargo de docentes y especialistas en su mismo sitio; el respaldo de una institución universitaria actualizada permanentemente en conocimientos; calidad de los materiales y técnicas, mayor dedicación por las mismas características del modelo de atención y costos bajos. Las desventajas de este modelo generalmente se relacionan con el aumento del tiempo de tratamiento y falta de experiencia del estudiante en formación.

En ocasiones el docente realizara demostraciones con fines educativos las cuales serán presenciadas por otros estudiantes, esto solo si usted lo autoriza, si lo desea, debe informarlo al estudiante tratante o docente encargado. Si usted desea ampliar la información acerca de esta forma de atención odontologica y su tratamiento solicítela al estudiante asignado. Recuerde que todo acto profesional implica una situación de aprendizaje.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ident \_\_\_\_\_

He tenido oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias. Entendí en que consiste la atención odontologica ofrecida por esta universidad y quiero voluntariamente consentir mi tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario.

Doy mi consentimiento para que el estudiante (s) \_\_\_\_\_ del semestre de odontología, que se encuentra bajo la supervisión de los docentes(s) \_\_\_\_\_ realice mi tratamiento.

Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente \_\_\_\_\_ firma del docente \_\_\_\_\_

#### MENOR DE EDAD O CONSENTIMIENTO DELEGADO

Nombre del representante legal \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

-----  
Firma del representante legal  
C.C.



トンボ